

# **Representações sociais sobre a utilização do medicamento: a sua influência na gestão da saúde das pessoas idosas**

**Ana Luísa Cláudio Semedo**

Orientador: Prof. Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes

Coorientador: Prof. Doutora Maria João Bárrios

Dissertação para obtenção de grau de Mestre  
em Sociedade, Risco e Saúde

Lisboa  
2017

[WWW.ISCSP.U LISBOA.PT](http://WWW.ISCSP.U LISBOA.PT)

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, professora Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes, pela sua orientação ao longo desta jornada e pelo seu acompanhamento sempre que necessário;

À minha coorientadora, professora Doutora Maria João Bárrios, por ter aceite auxiliar-me, tentando sempre guiar-me pelo melhor caminho e por toda a disponibilidade e acompanhamento ao longo deste processo;

A toda a minha família, em especial aos meus pais, por me apoiarem sempre sob qualquer circunstância, ensinando-me a nunca duvidar de mim nem das minhas capacidades;

Aos meus amigos, sempre disponíveis para o que precisasse.

A todas as pessoas idosas que aceitaram participar no meu estudo e que comigo partilharam um bocadinho das suas histórias e experiências.

A todos o meu sincero obrigado!

## RESUMO

O envelhecimento demográfico constitui um problema severo na conjuntura atual e futura do país. Associado ao aumento do número de pessoas idosas regista-se um aumento da prevalência de doenças crónicas e concomitantes. A gestão da saúde num indivíduo é influenciada pelas suas representações sociais, crenças da necessidade de tratamento, consciencialização da condição e experiências passadas com o tratamento, podendo a pessoa ser aderente ou não à medicação.

Com o estudo pretende-se caracterizar de que forma as representações sociais de pessoas idosas sobre o medicamento e a saúde influenciam a forma como gerem não só a utilização dos medicamentos mas também como gerem a sua saúde.

Para atingir esse objetivo definiu-se um modelo de análise e realizaram-se entrevistas semiestruturadas complementadas com a aplicação do instrumento Questionário Crenças acerca da Medicação, a uma população com 65 ou mais anos residentes num município português padrão. Os dados foram tratados através de análise estatística e análise de conteúdo.

Os resultados alcançados permitiram aferir que o indivíduo funciona como um agente ativo nas decisões que toma sobre o seu próprio tratamento, nomeadamente ao nível da sua terapêutica medicamentosa, do seu nível de adesão e da gestão que faz da mesma. As crenças pessoais que desenvolve tornam-se fatores preditivos do seu comportamento enquanto agente autónomo do seu processo de saúde e/ou doença.

**Palavras-Chave:** Representações sociais; Medicamento; Gestão da saúde; Crenças acerca da Medicação; Pessoa idosa;

## **ABSTRACT**

Population ageing is a severe problem in the current and future conjuncture of the country. Associated to the increase number of older adults there is an increase in the prevalence of chronic and concomitant diseases. Health management in older adults is influenced by their social representations, beliefs about the need of treatment, awareness of their condition and past experiences with treatment. Therefore the person can be adherent or not to the medication.

The main goal of this study was to understand how the social representations that older adults have about medicines and their health influence the way they use those medicines and how they manage their own health.

To achieve this goal a model of analysis was defined and were made semi-structured interviews complemented with the application of the Beliefs' about Medicines Questionnaire to a 65 or over aged population resident in a portuguese municipality. The collected data were treated through statistical and content analysis.

The achieved results allowed to verify that older adults work as an active agent in their decisions about theirs own treatment, namely in therms of the medicines they take, their level of adherence and the management that makes of it. The developed personal beliefs become predictive factors of their behaviour as an autonomous agent of their health and/or illness process.

**Key-words:** Social representations of medicines; Beliefs about medicines; Health management; Older adults.

## ACRÓNIMOS E SIGLAS

%	Porcentagem
‰	Permilagem
ACeS	Agrupamentos de Centros de Saúde
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro
CE	Crenças Específicas
CG	Crenças Gerais
DCNT	Doença Crónica Não Transmissível
DGS	Direção Geral de Saúde
DNT	Doença Não transmissível
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
Etc.	Etecetera
Freq	Frequência
Hab/Km <sup>2</sup>	Habitantes por quilómetro quadrado
INE	Instituto Nacional de Estatística
Km <sup>2</sup>	Quilómetros quadrados
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
QCM	Questionário Crenças acerca da Medicação
RS	Representações sociais
SCMA	Santa Casa da Misericórdia de Anadia
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
WHO	World Health Organization

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I – O ENVELHECIMENTO E A SAÚDE. BREVE REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>3</b>
1. Envelhecimento Populacional e Doença Crónica	3
2. Sociedade Medicalizada	6
3. O conceito de Representação Social	7
3.1 Representações Sociais Associadas ao Medicamento	11
4. Gestão da Saúde	12
<b>CAPÍTULO II – FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS E METODOLOGIA</b>	<b>16</b>
1. Objetivos do estudo	16
2. O desenho da pesquisa	17
3. Definição da população alvo e caracterização da amostra	17
3.1 Modelo de análise	18
4. Instrumentos para recolha de dados	19
4.1 Instrumento “Questionário Crenças acerca da Medicação”	21
5. Tratamento de dados	24
<b>CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b>	<b>25</b>
1. Anadia: um município em estudo	25
2. Caracterização da População em estudo	28
2.1 Caracterização sociodemográfica	28
2.1.1 Género	28
2.1.2 Idade	28
2.1.3 Estado Civil	29
2.1.4 Agregado Familiar	31
2.1.5 Escolaridade	31
2.1.6 Atividade Profissional	33
2.2 Caracterização da condição de saúde e/ou doença	34
2.2.1 Avaliação Subjetiva da Saúde	34
2.2.2 Problemas de saúde	36
2.2.3 Periodicidade do acompanhamento médico	40

2.2.4	Percepção da medicação tomada	41
2.2.5	Atitude tomada face ao aparecimento de sintomas	41
2.2.6	Acesso à medicação	42
2.2.7	Atitude tomada face a efeitos secundários ou incerteza da eficácia da medicação	43
2.2.8	Estratégias utilizadas para a toma da medicação	44
2.3	Influência da opinião sobre os profissionais de saúde na gestão da medicação	45
2.3.1	Medicamentos receitados pelo médico	45
2.3.2	Informação disponibilizada sobre os medicamentos	47
2.3.3	Interesse do médico pelo paciente	49
2.3.4	Cumprimento da prescrição médica	50
2.3.5	Relação estabelecida com os farmacêuticos	52
2.4	Resultados do instrumento Questionário Crenças acerca da Medicação	54
<b>3</b>	<b>Discussão dos resultados</b>	<b>55</b>
	<b>REFLEXÕES FINAIS</b>	<b>63</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>66</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>72</b>
	<b>I – Modelo de questionário</b>	<b>73</b>
	<b>II - Instrumento de Avaliação – Questionário Crenças acerca da Medicação</b>	<b>76</b>
	<b>III – Tabelas de caracterização da amostra</b>	<b>78</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Atividade Profissional da amostra.....	33
Figura 2 – Toma de medicação num sintoma semelhante a anterior sem consultar o médico ou farmacêutico.....	42
Figura 3 - Atitude tomada quando sente que o medicamento não está a ter o efeito suposto .....	44
Figura 4 - Estratégias de toma de medicação na amostra .....	45
Figura 5 - Opinião sobre o número de medicamentos receitados pelos médicos na amostra.....	47
Figura 6 - Informação suficiente sobre a medicação na opinião da amostra .....	48
Figura 7 - Interesse do médico pelo paciente na opinião da amostra .....	49
Figura 8 - Cumprimento da prescrição médica na amostra.....	52
Figura 9 - Esclarecimento de dúvidas com os farmacêuticos na amostra .....	53
Figura 10 - Acesso a medicamentos na amostra .....	53



## ÍNDICE DE TABELA

Tabela 1 - Género da amostra .....	28
Tabela 2 - Idades da amostra .....	29
Tabela 3- Idade e Género da amostra .....	29
Tabela 4 - Estado civil da amostra .....	30
Tabela 5 - Género e Estado Civil da amostra.....	30
Tabela 6 - Idade e Estado Civil da amostra .....	31
Tabela 7 - Agregado Familiar da amostra .....	31
Tabela 8 - Escolaridade da amostra .....	32
Tabela 9 - Género e Escolaridade da amostra.....	32
Tabela 10 - Avaliação Subjetiva de Saúde da amostra .....	34
Tabela 11 - Género e Avaliação Subjetiva de Saúde da amostra .....	34
Tabela 12 - Idade e Avaliação Subjetiva de Saúde da amostra .....	35
Tabela 13 - Género e doenças do sistema músculo-esquelético da amostra .....	38
Tabela 14 - Género e Doença Mental na amostra.....	39
Tabela 15 - Género e Colesterol na amostra.....	39
Tabela 16 - Género e Hipertensão Arterial na amostra.....	40
Tabela 17 - Número de medicamentos receitados pelos médicos na amostra.....	45
Tabela 18 - Género e Número de medicamentos receitados pelos médicos na amostra .....	46
Tabela 19 - Informação disponibilizada sobre os medicamentos na amostra.....	47
Tabela 20 - Cumprimento da prescrição médica pela amostra .....	50
Tabela 21 – Género e Cumprimento da prescrição médica na amostra .....	50
Tabela 22 - Idade e Cumprimento da prescrição médica na amostra.....	51

## INTRODUÇÃO

Têm sido registadas acentuadas alterações demográficas ao longo das últimas décadas, caracterizadas essencialmente por um envelhecimento demográfico, consequente da diminuição de nascimentos e do aumento da esperança de vida da população. O aumento da esperança de vida é resultante da redução da mortalidade que ocorreu graças à melhoria das condições de vida e aos progressos registados ao nível da medicina.

Esta evolução, que acompanhou a transição epidemiológica, decorreu de uma melhoria do acesso aos cuidados de saúde, de uma substancial evolução do conhecimento médico, das técnicas de diagnóstico e do desenvolvimento da indústria farmacêutica a uma escala impensável há uns anos (Fernandes, 2007).

Sendo o envelhecimento populacional algo cada vez mais presente ao nível da nossa sociedade torna-se pertinente trabalhar temáticas dentro deste espectro.

É sabido que a população idosa, para além de viver mais anos, vive-os mais enferma, geralmente consequência de doenças crónicas o que origina um aumento de prescrições e consumo de fármacos. Tavares (2016) refere que, perante as doenças crónicas que afetam uma percentagem significativa da população, a presença da doença passa a constituir uma situação que acompanha os doentes ao longo do seu percurso de vida e as estratégias terapêuticas orientam-se para o controlo e a gestão da sua continuidade.

As respostas face à saúde e à doença do indivíduo inserem-se, em primeira instância, num conjunto de práticas sociais orientadas, na maioria das vezes, por perceções e representações sociais expressas através da forma como avaliam globalmente a sua saúde e os sinais/sintomas de doença e pelo modo como interpretam, reconhecem e atribuem ou não importância, gravidade e visibilidade (Tavares, 2016).

Por todos estes motivos, o tema selecionado para investigação foram as “Representações sociais sobre a utilização do medicamento: a sua influência na gestão da saúde das pessoas idosas”. Associada à temática estabeleceu-se a seguinte questão de partida: tendo em conta as representações sociais das pessoas idosas acerca da utilização do medicamento, que

relação estabelecem com a medicação e com a gestão da sua saúde? Questão essa que permitiu o conhecimento acerca do estado da arte e o desenho da pesquisa.

Desta forma, o objetivo geral para esta investigação consiste em caracterizar de que forma as representações sociais de pessoas idosas sobre o medicamento e a saúde influenciam a forma como gerem não só a utilização dos medicamentos mas também como gerem a sua saúde.

A presente dissertação está organizada em três grandes capítulos. O Capítulo I é constituído pela elucidação do estado da arte da temática, na qual serão abordados os conceitos teóricos operatórios para a pesquisa.

No Capítulo II descreve-se a metodologia e o desenho da pesquisa. Formulamos os objetivos e é explanado o método escolhido para o estudo.

Por último, o Capítulo III é formado pela apresentação e discussão dos resultados obtidos com o desenvolvimento do estudo. É realizada a caracterização da população estudada tendo em conta as variáveis do modelo de análise. Terminamos com a discussão dos resultados alcançados e apresentação das reflexões finais.

## **CAPÍTULO I – O ENVELHECIMENTO E A SAÚDE. BREVE REVISÃO DA LITERATURA**

Segundo a OMS (2015) as mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas. No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo, resultando, em último lugar, na morte. Porém, essas alterações não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos. Por outras palavras, o envelhecimento como etapa de vida é um processo biológico inevitável, mas não é único, pois implica modificações somáticas e psicossociais. Deste modo, as dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem de forma ininterrupta de acordo com a interação humana, onde cada uma afeta e é afetada (Sequeira, 2010).

No nível populacional, o fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efetivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efetivos populacionais idosos (INE, 2002).

Assim, o que se pretende estudar ao longo desta dissertação é o envelhecimento não a nível individual, mas a nível do todo da população portuguesa, neste caso específico, a nível societal.

### **1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E DOENÇA CRÓNICA**

Segundo o INE, o envelhecimento demográfico traduz-se por alterações na distribuição etária de uma população, existindo uma maior proporção de população em idades mais avançadas. Esta dinâmica é consequência dos processos de declínio da natalidade e de aumento da longevidade e é entendida internacionalmente como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI (INE, 2015).

À semelhança dos restantes países desenvolvidos, o número de pessoas idosas em Portugal tem apresentado um aumento significativo. Recorrendo a dados divulgados pelo INE (2016a), a população residente em Portugal, no final do ano de 2015, foi estimada em 10 341 330 pessoas.

Quanto à estrutura da população por idades, verifica-se que em 2015 o número de jovens (0 a 14 anos de idade) era de 1 460 832 (14,1% do total da população residente), o grupo dos 15 aos 24 anos contava com 1 105 495 (10,7%), dos 25 aos 64 anos o valor estimado foi de 5 634 179 (54,5%), e o número de idosos (65 ou mais anos de idade) atingia os 2 140 824 (20,7%), distribuição etária que resulta num índice de envelhecimento<sup>1</sup> de 147 pessoas idosas por cada 100 jovens e num índice de dependência de idosos<sup>2</sup> de 31,8. Por cada 100 pessoas em idade ativa residiam no país, em 2015, 31,8 pessoas com 65 ou mais anos (INE, 2016a).

Ainda de acordo com o INE (2016a), os ganhos na esperança de vida da população portuguesa são cada vez mais provenientes do aumento da sobrevivência em idades avançadas. A esperança de vida à nascença<sup>3</sup> foi estimada em 80,41 anos para 2015, sendo de 77,36 anos para os homens e de 83,23 anos para as mulheres. A esperança de vida aos 65 anos<sup>4</sup> tem mantido uma tendência positiva, atingindo 19,19 anos no período 2013-2015. Deste modo, uma pessoa com 65 anos ainda pode esperar viver, em média, mais 19,19 anos. Dados do INE (2016a), acrescentam ainda que o índice de longevidade<sup>5</sup> para o país se tem situado nos 49%, este valor indica-nos que da população inserida na classe dos 65 e mais anos, 49% dela insere-se ainda na classe dos 75 e mais anos, sendo que quanto maior for esse valor, mais envelhecida é a população.

---

<sup>1</sup> Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas dos 0 aos 14 anos).

<sup>2</sup> Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 15-64 anos).

<sup>3</sup> Número de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento.

<sup>4</sup> Número de anos que uma pessoa que atinja a idade exata x pode esperar ainda viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento.

<sup>5</sup> Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (por cada 100 pessoas).

Associado ao aumento da longevidade acima referidos e da esperança de vida, surge a problemática de a população, para além de viver mais anos, ter que os viver com doença e incapacidade. Sequeira (2010) refere que as pessoas com mais de 65 anos têm, pelo menos, uma doença crónica e vários problemas concomitantes. Assim, segundo Alves et al. (2007), a tendência atual é para termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais tempo, apresentam um maior número de doenças crónicas.

A OMS faz a distinção entre Doenças Não Transmissíveis (*noncommunicable diseases*) e Doenças Transmissíveis e considera o termo Doença Crónica como um sinónimo de DNT. Tal acontece porque, nos países desenvolvidos, o VIH/SIDA já é considerado uma doença crónica. Devido a isto, os planos de ação e recomendações realizados pela OMS para um tipo e para outro são muito diferentes, daí a necessidade de distinção. Ao longo da dissertação vamo-nos centrar nas doenças crónicas não transmissíveis (DCNT).

Os principais tipos de DCNT são doenças cardiovasculares (ataques cardíacos, acidentes vasculares, etc), cancro, doenças respiratórias crónicas (DPOC, asma etc.) e, por último, diabetes (WHO, 2017).

As principais causas de morte por DCNT, em 2012 foram: doenças cardiovasculares (46,2% de todas as DCNT); cancro (21,7% de todas as mortes por DCNT); doenças respiratórias, incluindo asma e DPOC (10,7% das mortes por DCNT) e diabetes (4% de todas as mortes por DCNT). Em conjunto, estas quatro principais causas de morte foram responsáveis por cerca de 82% de todas as mortes por DCNT (WHO, 2014).

A doença crónica tem como principais características a inexistência de cura e, por consequência, uma persistência de sintomas ao longo do tempo; a necessidade de uma continuada utilização de medicação; a necessidade, maioritariamente das vezes, de alterações no comportamento do indivíduo (a alimentação, exercício físico, etc.); a participação ativa em decisões de gestão do tratamento; a capacidade de identificar e interpretar efeitos na doença provocados pelo tratamento (Holman & Lorig, 2004).

Segundo Dowrick, Dixon-Woods, Holman e Weinman (2005), a doença crónica é, atualmente, a principal razão pela qual as pessoas recorrem aos cuidados de saúde nos países desenvolvidos. Em consenso com o que outros autores concluem, Almeida, Versiani, Novaes

e Trindade (2007) referem que a população idosa, convivendo frequentemente com doenças crônicas, utiliza em grande escala os serviços de saúde e tem um alto consumo de medicamentos.

## 2. SOCIEDADE MEDICALIZADA

É possível definir medicalização, com base nas definições do sociólogo Peter Conrad que se tornaram como definições padrão. Medicalização é “definir um comportamento como um problema médico e licenciar à profissão médica a oferta de algum tipo de tratamento para tal problema” (Conrad, 1975 cited in Zorzanelli, Ortega & Júnior, 2014). Já a definição mais recente desse mesmo autor, vai de encontro à primeira, é a de que “medicalização descreve um processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos” (Conrad, 2007 cited in Zorzanelli et al., 2014).

Esta definição é criticada por alguns estudiosos tais como Davis (2006) cited in Zorzanelli et al. (2014). Para este autor, Conrad ampliou a noção de medicalização para além da medicina, apostando numa separação entre a ação da medicalização e a jurisdição médica, uma vez que qualquer grupo que utilize linguagem médica representa, em última instância, uma força medicalizante. Outro autor crítico das definições acima referidas é Rose, para quem o conceito de medicalização, pensado como extensão dos limites da autoridade médica, não ajuda a entender como, porquê e quais as consequências que essas mudanças geram pois o termo por si só não pode ser uma descrição, explicação nem uma crítica, porque não se trataria de nomear, por meio dele, uma lógica implacável da ação médica (Rose, 2007 cited in Zorzanelli et al., 2014).

Outro dos autores que contribuiu para o debate em torno do tema da medicalização foi o sociólogo Michel Foucault. Segundo as obras de Foucault, é possível destacar dois sentidos para o conceito de medicalização, sendo eles cronologicamente diferentes.

O primeiro, ligado ao processo de medidas coletivas do Estado na contenção, controle e registo de doenças, bem como na formação de práticas de salubridade; o segundo,

diretamente desdobrado do primeiro, mas situado já no contexto pós-Segunda Guerra, diz respeito à ausência de exterioridade da medicina. Ou seja, à impossibilidade de descrever experiências com o corpo humano que não passem, em algum sentido, pelo saber médico (Zorzanelli et al., 2014).

A irregularidade do conceito indica que o processo é, por excelência, variável, anômalo, desigual, dependente do seu alvo, do grupo social a que esse alvo pertence, dos vetores que concorrem para a sua configuração. De forma prática, essa irregularidade significaria, por exemplo, que alguns comportamentos são mais medicalizáveis que outros, colaborando para isso certos fatores como o maior ou menor apoio da profissão médica, a disponibilidade de intervenções e tratamentos; que haveria agentes fora da profissão médica que contribuíram ativamente para a medicalização, tais como a indústria farmacêutica, as associações de cuidadores e pacientes, os *media*, jornais médicos e as propagandas de medicamentos (Zorzanelli et al., 2014).

À medida que a medicina se insere no social, as práticas e os discursos sociais apropriam-se da racionalidade médica. A partir deste momento, a vida quotidiana torna-se medicalizada. Isto acontece uma vez que o cidadão comum começa a ter familiaridade com as noções médicas e, conseqüentemente, a fazer de tudo para preservar e restaurar a sua saúde (Guimarães, Sobreira & Ewald, 2004).

### 3. O CONCEITO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Segundo Torres, Camargo, Bouldfield e Silva (2015) o conceito de Representação Social tem sido muito utilizado no campo da saúde, por contribuir para a compreensão do pensamento e das práticas sociais.

Inscrive-se no domínio da Psicologia social. Devido à sua área de conhecimentos e de atuação, tornou-se uma ciência fronteira entre a Psicologia e a Sociologia. A Psicologia social tem por objetivo caracterizar e explicar influências mútuas entre os indivíduos e a realidade dos grupos sociais de que fazem parte, ou, em última instância, a sociedade (Wachelke & Camargo, 2007).



Segundo Pinto (2011), as representações não copiam a realidade, produzem-na no sentido de que o que conhecemos está dependente dos processos de percepção e de cognição do sujeito que conhece e, como tal, nunca chegaremos diretamente ao objeto que é conhecido.

Constituem uma modalidade de conhecimento, uma expressão particular do pensamento social. Pinto (2011) refere ainda que através das representações sociais podemos conhecer a forma como os sujeitos sociais pensam, sentem e criam a sua realidade. Este conhecimento prático permite a comunicação, a compreensão e o domínio da realidade envolvente dos sujeitos, através da prática social orientada pelas representações ativadas em cada situação social precisa.

O conceito, além de apresentar uma intenção mais integrativa, tem pressupostos que implicam considerar o comportamento social enquanto um comportamento simbólico, ou seja, enquanto atividade produzida pelos processos de comunicação e influência no contexto das relações interpessoais e grupais. Adquirem desta forma uma função social e também relacional (Moscovici, 2003 cited in Pereira, 2008).

A teoria das representações sociais teve origem com o trabalho de sociólogos como Émile Durkheim, tendo sido posteriormente apropriada e reestruturada por Serge Moscovici.

Durkheim desenvolveu o conceito de “representações colectivas”, que se “refere às ideias, crenças e valores que são produzidos por uma sociedade. O problema central no pensamento de Durkheim é o da ordem e da coesão social” (Pinto, 2011). Na concepção de Durkheim, as representações coletivas têm como função ordenar a realidade e dar um sentido à mesma, e ainda simbolizar e interpretar as relações sociais (Jovchelovitch, 2008 cited in Pinto, 2011).

O conceito de representações coletivas foi apropriado e transformado no campo da Psicologia Social por Serge Moscovici em 1961. Moscovici, com a sua obra “A representação social da psicanálise”, abordou o seu conceito de representações sociais e pretendia “Investigar em que se converte um conhecimento científico e técnico, quando passa do domínio de especialista ao domínio do sentido comum, como o público o representa e modela e por quais vias se constitui a imagem que dele se tem” (Moscovici, 1961 cited in Andrade, 2003).

Moscovici (1981, cited in Teixeira, Schulze e Camargo, 2002), define que por representação social pretende referir um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no decurso do quotidiano, no decurso das comunicações interindividuais. As representações sociais são equivalentes na nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum.

Já para Jodelet (1989 cited in Carvalho et al., 2005), as representações sociais são “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que têm um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

As representações sociais são constituídas a partir das nossas experiências e também de informações, conhecimentos e modelos de pensamento que recebemos e transmitimos através da tradição, da educação e da comunicação social. São modelos de pensamento prático, orientados pela consciência, pela compreensão e pelo domínio do meio social. Podem ser entendidas como categorias que servem para classificar as circunstâncias, os fenómenos e as pessoas com as quais nos relacionamos, constituindo-se em teorias que permitem estabelecer opiniões (Jodelet, 1984, cited in Andrade, 2003).

As representações sociais correspondem às definições dos objetos sociais e às relações estabelecidas entre este e um grupo de indivíduos, o mesmo é referido por Torres et al. (2015), as representações sociais são formas compartilhadas e identitárias de reconhecer o mundo, numa tensão entre os sujeitos e suas subjetividades com as normas coletivas de uma determinada cultura e sociedade.

Moscovici, definiu dois processos de funcionamento das representações sociais: a objetivação e a ancoragem. Eles são processos dinâmicos que estão em interação constante.

Objetivação é o processo pelo qual um conceito ou ideia abstrata ganha forma, tornando-se concreto através de imagens ou ideias (Vala, 1996 cited in Wachelke & Camargo, 2007) e segundo Vala (1993, cited in Pinto 2011), envolve três momentos: i) seleção e descontextualização – o conhecimento, crenças e demais ideias existentes sobre determinado objeto da representação são selecionados e descontextualizados de acordo com os valores e normas do grupo social onde o sujeito se insere, com o objetivo de chegar a um todo coerente;

ii) esquematização estruturante – os elementos selecionados no momento anterior são reorganizados de acordo com determinado esquema estrutural; iii) naturalização – neste momento o que era percepção passa a realidade, mais concretamente, o que era esquema estrutural constitui-se como categorias naturais, materializando-se em imagens.

A ancoragem, permite ligar ou ancorar algo. Permite “ancorar objetos novos (que não são familiares e que ainda estão por categorizar) aos esquemas de categorias existentes (Jodelet, 1984 cited in Pinto, 2011).

De acordo com Moscovici (2003 cited in Wachelke e Camargo, 2007), o processo de representação social permite interpretar e gerar aspetos da realidade para agir em relação a eles, uma vez que a representação vai ocupar o lugar do objeto social a que se refere e transforma-se em realidade para os atores sociais. As representações tanto são normativas, inserindo objetos em modelos sociais, quanto são prescritivas. Assim, a finalidade principal das representações é classificar acontecimentos da vida social de um ator de acordo com um espectro de interpretação grupal, permitindo que os atores sociais desenvolvam ações relativas a esses acontecimentos.

No que diz respeito às transformações das representações sociais, elas podem “ocorrer por mudanças ocasionadas na relação do grupo com o objeto, nas relações intergrupais, ou em outras mudanças do contexto social” (Wachelke & Camargo, 2007).

É necessário ter em consideração que os indivíduos não se orientam por uma única representação social sobre determinado objeto social, mas potencialmente por tantas quantos sejam os grupos sociais em que esses indivíduos participem (Wachelke & Camargo, 2007).

É possível, através da análise das representações, compreender a “extensão em que os indivíduos compartilham representações sociais e têm crenças e comportamentos orientados por elas, ou mesmo a maneira como os indivíduos participam para construí-las e comunicá-las” (Wachelke & Camargo, 2007).

### **3.1 Representações Sociais Associadas ao Medicamento**

Relativamente ao medicamento existem diversas variáveis que condicionam a sua escolha e, por consequência, a sua toma. Mais especificamente variáveis sociodemográficas, nível de conhecimento sobre os medicamentos, relação médico-paciente, percepção de risco acerca dos efeitos secundários, custo, esclarecimento por parte dos profissionais de saúde (médico e farmacêutico), gravidade da doença, entre outros.

Para além de tudo isto, o indivíduo constitui um agente ativo na escolha dos cuidados de saúde o que tem, por consequência, implicações na tomada de decisão do seu próprio tratamento. Segundo Horne (2003, cited in Figueiras, Marcelino, Cortes, Horne e Weinman, 2007), as crenças sobre o tratamento em geral e sobre os medicamentos em particular são influenciadas pelas crenças sobre a doença em causa e sobretudo pela percepção de gravidade desta. Ou seja, as crenças sobre o tratamento de uma doença, tal como a adesão à medicação prescrita, encontram-se condicionadas pelas representações sobre a doença e sobre a real necessidade de tratamento ou não.

As crenças estão constantemente a ser atualizadas, segundo Figueiras et al. (2007), em função das experiências anteriores de doença, de influências do meio sociocultural, informações trocadas com elementos da rede de apoio social ou mesmo com os profissionais de saúde.

Para além do acima referido, Horne (1999) refere ainda que a visão negativa sobre a medicação e as crenças associadas à noção dos aspetos perigosos da medicação estão associados à percepção de serem substâncias nocivas utilizadas em demasia pelos médicos, podendo influenciar as preferências no tratamento e o cumprimento ou não da medicação prescrita para determinada situação. Britten (1994) refere ainda que as convicções fortes sobre a necessidade de medicamentos e a crença de que os medicamentos geralmente não vão ser usados por muito tempo são preditores de uma maior adesão à terapêutica.

A investigação sociológica tem salientado que as representações e racionalidades subjacentes às práticas, gestão e regulação da saúde são fortemente influenciadas, de modo distinto, pelas percepções acerca da presença do risco formadas em contextos socioculturais específicos e pelo entendimento ou estimativa acerca de probabilidades da ocorrência do

risco, fatores que assumem contornos próprios e diversificados no campo da saúde relativamente, por exemplo, às opções e aos consumos terapêuticos (Tavares, 2016).

#### 4. GESTÃO DA SAÚDE

Na segunda metade do século XX, começou a dar-se mais atenção à responsabilização das pessoas no controlo da sua própria saúde, devido, em grande parte, à modificação do padrão de doença aguda para doença crónica (Galvão & Janeiro, 2013). Para melhor entender o processo de gestão da doença que consiste numa autorresponsabilização do indivíduo pela sua saúde, iremos percorrer alguns dos conceitos inerentes a esta definição e que são: autogestão, adesão e automedicação.

##### a) Autogestão

Os desafios com que o indivíduo se depara tendem a ser semelhantes entre as diversas doenças crónicas e centram-se especialmente na gestão das mesmas. Essa gestão inclui: lidar com sintomas e incapacidade; monitorizar indicadores físicos (medição da tensão arterial, glicémia, etc.); gerir complexos regimes terapêuticos e adequar o estilo de vida às suas capacidades (Grady & Gough, 2014).

Gordon, Smith e Dhillon (2007) mencionam a importância de o paciente assumir um papel ativo na gestão da sua condição de doença crónica e o peso que tem o empoderamento destas pessoas para a consciencialização e compreensão da necessidade de cuidarem da sua condição.

Lopes (2007) defende que é na relação entre a experiência que o sujeito adquire com a prática e a informação que obtém no contacto com profissionais de saúde que surge a gestão terapêutica que o indivíduo realiza autonomamente (autogestão).

Liddy et al. (2015) vai de encontro a Lopes (2007), referindo que um dos elementos essenciais no controlo da doença crónica num indivíduo é a autogestão. Autogestão é definida como a capacidade do indivíduo em, conjuntamente com a sua rede de suporte e profissionais de saúde, gerir sintomas físicos, psíquicos e sociais, tratamentos e alterações no estilo de vida (alimentação, prática de exercício físico, etc.).

Assim a autogestão da doença crónica é, cada vez mais, realizada através da parceria entre o indivíduo, os profissionais de saúde, a família e os cuidadores. Para certos autores (Liddy et al., 2015) os principais pontos positivos da autogestão são uma menor necessidade de recorrer aos serviços de saúde, devido ao aumento da consciencialização do doente sobre a doença e, por consequência, o aumento da sua autoconfiança.

Em contrapartida, as principais barreiras à autogestão são a “fraca comunicação com o médico, o fraco suporte familiar, a dor e os problemas financeiros” (Galvão & Janeiro, 2013).

#### b) Adesão

Para a OMS, o comportamento de adesão é a extensão em que um comportamento de uma pessoa – tomar medicamentos, seguir uma dieta e/ou executar mudanças de estilo de vida, corresponde com as recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde (WHO, 2003).

O conceito Adesão, na literatura anglo-saxónica definido por *adhesion ou adherence*, ressalta a perspetiva do indivíduo, considerando que todos possuem autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações médicas. O termo adesão responsabiliza o indivíduo pelo seu tratamento (Lopes, 2003).

Segundo DiMatteo (2004) o apoio e a assistência de familiares e amigos encoraja ao otimismo e à autoestima da pessoa em causa, alivia o *stress* da doença e, por consequência, favorece a adesão às indicações dos profissionais de saúde.

As crenças dos pacientes acerca do tratamento, a sua condição e prognóstico, bem como as suas experiências objetivas com o tratamento, diferenciam os pacientes aderentes dos não aderentes (Pereira, Pedras & Machado, 2013). Assim, dicotomicamente à adesão, há ainda o conceito de não-adesão. A não-adesão intencional é uma decisão ativa por parte do indivíduo em renunciar à terapia farmacológica prescrita, enquanto a não-adesão involuntária é um processo passivo em que os indivíduos falham em aderir às instruções prescritas tanto por esquecimento, descuido ou circunstâncias fora do seu controlo. O mesmo indivíduo pode apresentar os dois tipos de comportamentos não aderentes (Pons, 2016).

Podem ser diversos os fatores associados à não-adesão, tais como: fatores socioeconómicos (escolaridade, capacidades monetárias e suporte social); fatores que dizem respeito à relação médico-paciente (atitudes e crenças face aos medicamentos e tratamentos); fatores associados ao tratamento (regimes de dosagens complexos e reações adversas); fatores associados ao sistema de saúde (o custo dos medicamentos); e fatores relacionados à condição de saúde.

É importante ainda referir que, a não-adesão intencional tem sido relacionada a causas específicas como a perceção de que o tratamento é desnecessário, a discordância entre médico e paciente sobre o tratamento e a presença de efeitos secundários adversos. Por sua vez, a não-adesão involuntária tem sido associada a características sociodemográficas como a idade, escolaridade ou características de saúde como ansiedade ou depressão (Kim et al., 2007).

### c) Automedicação

Para Britten (1996), qualquer medicamento usado fora da orientação médica de cuidados insere-se no campo da automedicação. Isto inclui não só os medicamentos adquiridos sem prescrição médica, mas também os medicamentos inicialmente adquiridos por prescrição médica, posteriormente usados em situações avaliadas pelo próprio como idênticas àquelas que inicialmente originaram a prescrição (Pons, 2016).

Um medicamento autonomamente utilizado é, geralmente, aquele que já deu provas de corresponder aos resultados desejados, seja na experiência direta do próprio utilizador, seja através da experiência partilhada por via de outros utilizadores (Lopes, 2007).

O recurso à automedicação começou a aumentar à medida que o fenómeno da medicalização se foi socialmente disseminando. Foi desta forma que a familiaridade leiga com os medicamentos aumentou (Lopes, 2007).

Relativamente aos riscos e aspetos negativos associados à automedicação, a OMS destaca a falta de conhecimentos especializados sobre medicina, farmacologia ou sobre as características específicas do medicamento usado pelos consumidores, o que pode resultar

em diversos riscos, como: autodiagnóstico incorreto, escolha terapêutica incorreta, efeitos adversos, dosagem inadequada, uso excessivamente prolongado (WHO, 1986).



## **CAPÍTULO II – FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS E METODOLOGIA**

Como já foi referido anteriormente, a temática desta dissertação diz respeito às representações sociais sobre a utilização do medicamento: a sua influência na gestão da saúde das pessoas idosas. Neste capítulo é definido e explanado o estudo desenvolvido para esta investigação que irá, posteriormente, permitir corroborar ou refutar empiricamente as informações verificadas ao longo da revisão da literatura sobre o estado da arte acerca da temática (presentes no capítulo I).

Ao longo deste capítulo serão descritos os objetivos definidos para a investigação, o desenho de estudo criado, o processo de recrutamento da amostra, os critérios de inclusão e exclusão da mesma, as diferentes variáveis de interesse passíveis de analisar e os instrumentos utilizados que permitiram realizar a recolha de dados.

### **1. OBJETIVOS DO ESTUDO**

Após a realização da revisão da literatura sobre a temática selecionada e a consciencialização sobre o estado da arte da mesma, torna-se agora possível definir os objetivos que se pretende alcançar com o desenvolvimento do estudo.

O objetivo geral definido para o estudo consiste em caracterizar de que forma as representações sociais de pessoas idosas sobre o medicamento e a saúde influenciam a forma como gerem não só a utilização dos medicamentos mas também como gerem a sua saúde. Para concretizar este objetivo geral definimos os seguintes objetivos específicos:

- i) Caracterizar uma população com 65 ou mais anos, previamente selecionada em função dos objetivos da pesquisa num concelho da região centro;
- ii) Identificar e caracterizar as representações sociais que as pessoas idosas têm sobre os medicamentos;
- iii) Conhecer as suas práticas de gestão da medicação;
- iv) Analisar de que forma as representações sociais que têm sobre os medicamentos influenciam a gestão da sua saúde.

## 2. O DESENHO DA PESQUISA

A metodologia utilizada para o desenvolvimento do estudo é mista, sendo composta por partes de carácter qualitativo e outras de carácter quantitativo.

O questionário criado para realização das entrevistas foi composto por questões de resposta fechada e questões de resposta aberta. A informação obtida através de questões de resposta fechada foi tratada quantitativamente, recorrendo a análise estatística. Quanto às questões de resposta aberta, essas foram sujeitas a análise de conteúdo, um método qualitativo.

Segundo Johnson, Onwuegbuzie e Turner (2007), a metodologia mista é uma integração sistemática de métodos quantitativos e qualitativos num único estudo com o objetivo de obter uma compreensão mais profunda do fenómeno em estudo.

## 3. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A população alvo deste estudo são pessoas com 65 ou mais anos, que vivam em casa - própria ou de familiar, que realizem a gestão da sua medicação - autonomamente ou com apoio mínimo, e sem ter sido despistado pelo médico a presença de défice cognitivo – tal iria enviesar o testemunho dado por esse indivíduo.

Após definir a população alvo do estudo, foi necessário definir o tipo amostra utilizada para esta investigação. Foi definida uma amostra de conveniência dadas as limitações do estudo. Seleccionámos um concelho, Anadia, por conveniência. Segundo Carmo e Ferreira (1998), estas amostras podem não representativas da população mas podem permitir obter contributos importantes na análise de algumas realidades.

Este tipo de amostragem é utilizado quando se deseja obter informações de maneira rápida e sem custos, uma vez que esse procedimento consiste em simplesmente seleccionar indivíduos convenientes para a amostragem (Marotti et al, 2008), que estejam dispostos a participar no estudo.

A amostra é constituída por 40 pessoas idosas, com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos, residentes no Município de Anadia.

A seleção deste município deveu-se ao bom conhecimento geográfico e à relativa facilidade de movimentação entre a população do mesmo, devido a um conhecimento preexistente da sua constituição. Outro dos motivos foi o envelhecimento populacional sentido no município, a fraca rede de transportes disponibilizada à população que dificulta o acesso aos serviços e propicia ao isolamento.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão das pessoas no estudo:

- Ter idade igual a 65 ou mais anos à data da realização da entrevista;
- Residir em casa própria ou de familiar;
- Realizar a gestão (autónoma ou com apoio mínimo) da sua medicação;
- Não apresentar défice cognitivo que comprometa as respostas dadas na entrevista;
- Aceitar voluntariamente a participação no estudo.

### **3.1 Modelo de análise**

Para que fosse possível alcançar o objetivo geral definido para o estudo “caracterizar de que forma as representações sociais de pessoas idosas sobre o medicamento e a saúde influenciam a forma como gerem não só a utilização dos medicamentos mas também como gerem a sua saúde” construímos um modelo de análise e definimos as variáveis a estudar.

Uma variável, em ciências sociais, é o fator observável do fenómeno em estudo e permite identificar conexões.

Para caracterizar a população estudada foram definidas as seguintes variáveis:

- Género;
- Idade, à data da recolha de informação;
- Estado civil, à data da recolha da informação;
- Escolaridade referente ao último grau concluído;
- Agregado familiar;
- Atividade profissional desempenhada;
- Rendimentos auferidos suficientes para as despesas mensais;

Para a caracterização da condição de saúde e/ou doença da amostra, as variáveis selecionadas foram:

- Avaliação subjetiva de saúde;
- Existência de problemas de saúde e discriminação dos mesmos;
- Periodicidade do acompanhamento médico;
- Percepção da medicação tomada, mais especificamente ao nível de quantos fármacos diferentes toma, a que refeições é realizada a toma, se por vezes tem dúvidas quanto à medicação que toma e a quem pede apoio nessa situação;
- Acesso à medicação, nomeadamente ao nível monetário e de deslocação;
- Atitude tomada face a sintomas semelhantes a anteriores e a novos sintomas;
- Atitude tomada face à sensação de ineficácia do medicamento ou à existência de efeitos secundários devido à sua toma;
- Estratégias utilizadas para a toma da medicação.

Por último, para avaliar a influência da opinião sobre os profissionais de saúde na gestão da medicação, as variáveis definidas foram:

- Número de medicamentos receitados pelos médicos;
- Relação estabelecida com o médico, nomeadamente ao nível da informação transmitida pelo médico acerca da medicação prescrita, se o profissional se mostra interessado e preocupado com o sujeito e a abertura para o esclarecimento de dúvidas;
- Cumprimento das prescrições médicas sobre dosagem e periodicidade da toma dos diferentes medicamentos;
- Relação estabelecida com os farmacêuticos, nomeadamente ao nível de esclarecimento de dúvidas sobre a medicação e da facilitação de acesso aos mesmos.

#### 4. INSTRUMENTOS PARA RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi feita através de um inquérito por entrevista semi-estruturada, construído a partir do modelo de análise. O guião de entrevista foi complementado com a aplicação do instrumento “Questionário Crenças Acerca da Medicação” (apresentado no ponto 4.1 deste capítulo).

Segundo Quivy e Campenhoudt (2005), na observação indireta, o investigador dirige-se ao sujeito para obter a informação que procura. Ao responder às perguntas o sujeito intervém na produção de informação. Neste tipo de observação, o instrumento de observação é um guião de entrevista, sendo que no caso deste estudo foi criado um modelo de questionário (Anexo I) que guiou a entrevista. Este instrumento deve ser capaz de produzir todas as informações adequadas e necessárias para cumprir os objetivos (Quivy & Campenhoudt, 2005). O inquérito por entrevista é semi-estruturado, composto por questões de resposta fechada e questões de resposta aberta.

O método de inquérito por entrevista foi selecionado por ser particularmente adequado, segundo Quivy e Campenhoudt (2005), para realizar o conhecimento de uma população, as suas condições e modos de vida, os seus comportamentos, valores, crenças e opinião. Era exatamente o objetivo deste estudo. A compreensão dos comportamentos das pessoas com os medicamentos e de que forma as crenças, valores e representações sociais que elas tinham dos medicamentos iriam influenciar esses comportamentos. Tavares (2016) acrescenta ainda que a entrevista é uma técnica utilizada com vista a explorar e aprofundar informação que permita compreender, interpretar, sistematizar, analisar e contextualizar as razões e os significados subjacentes às representações e às práticas dos autores sociais.

Para permitir realizar uma futura análise de conteúdo, durante as entrevistas tentou-se evidenciar o máximo possível de elementos de informação e de reflexão do indivíduo, que servirão de materiais para uma análise sistemática de conteúdo (Quivy & Campenhoudt, 2005).

Importa referir que, para o instrumento ser capaz de produzir a informação pretendida pelo entrevistador, é necessário que ele contenha perguntas sobre os diferentes indicadores que o investigador se propõe a observar na pesquisa e essas questões devem ser o máximo precisas possível, mas dificilmente a precisão é obtida imediatamente (Quivy & Campenhoudt, 2005). Por este motivo, o instrumento deve ser testado antes de se passar para a fase de aplicação na amostragem em estudo. No caso do presente estudo o teste do instrumento elaborado foi realizado nesta pesquisa, tendo sido aplicado a uma pessoa que se adequava aos critérios de inclusão acima referidos e, após a sua aplicação, o mesmo foi analisado em conjunto com as respostas obtidas pelo entrevistado. Os resultados deste teste permitiram a

adaptação e correção de todos os pontos considerados necessários. Após este passo foi possível passar à aplicação do mesmo na amostra em estudo.

Optou-se pela realização de entrevistas por diversos motivos, nomeadamente a dificuldade ou incapacidade de leitura devido aos baixos níveis de literacia existente na comunidade, situação que será verificada aquando a caracterização sociodemográfica da amostra.

O tempo de realização das entrevistas rondou os quarenta minutos, tempo esse que tendia a variar consoante a pessoa se sentisse mais ou menos disposta a falar.

Foi realizada uma aproximação inicial em que me identificava e explicava os objetivos do estudo, convidando a pessoa a participar no mesmo. Era então acordada a altura ideal para a realização da entrevista e passava-se, na altura acordada, à realização da mesma. Todas as entrevistas foram realizadas nas habitações das próprias pessoas.

Foi apresentado o consentimento informado para a realização das entrevistas onde foi esclarecido que seria preservada a sua identidade. Antes de iniciar a entrevista foi sempre pedida permissão para realizar gravação áudio da mesma.

O período de recolha de dados decorreu entre 9 de abril e 28 de abril de 2017 e, posteriormente a essas datas, passou-se à transcrição e análise estatística dos dados recolhidos.

#### **4.1 Instrumento “Questionário Crenças Acerca da Medicação”**

Horne, Weinman e Hankins (1999) desenvolveram um estudo onde classificaram as crenças dos doentes acerca de medicamentos dedicados a tratar quatro categorias de doenças crónicas e dividiram os tipos de crenças descobertas em duas classes. Uma das classes era referente às crenças acerca das preocupações relacionadas com possíveis efeitos adversos inerentes à toma da medicação e a segunda classe referia-se à necessidade do doente usar a medicação para preservar a sua saúde no presente no futuro. Organizaram e classificaram essas duas classes de crenças em duas categorias: as gerais e as específicas.

O estudo acima referido levou à elaboração de um questionário pelos mesmos autores, o *Beliefs about Medicines Questionnaire* (Horne et al., 1999). Este instrumento permite um acesso quantitativo às crenças acerca dos medicamentos e inclui questões acerca das crenças dos doentes sobre a necessidade dos seus medicamentos e questões relacionadas com a preocupação acerca dos medicamentos.

Já posterior à elaboração do instrumento, Horne et al. (2013), realizaram um trabalho de revisão da literatura onde, através de outros estudos que utilizaram o instrumento por eles elaborado (*Beliefs about Medicines Questionnaire*), avaliaram a utilidade das crenças sobre a necessidade (gerais) e preocupação (específicas) com os medicamentos para justificar o comportamento de adesão dos doentes e no qual concluíram que valores de adesão mais elevados apresentam-se associados a perceções mais fortes acerca da necessidade do tratamento e menos preocupações relacionadas com o tratamento.

Segundo Dias (2014), o trabalho de Horne et al. (2013) demonstra o interesse em recorrer ao questionário independentemente da doença crónica alvo de estudo. Para o autor é mais relevante ter em conta a opinião da pessoa relativamente a cada medicamento receitado, já que este pode possuir diferentes perspetivas em relação a cada um dos medicamentos que toma e que, por consequência, fará variar os níveis de adesão também entre os medicamentos que toma.

O instrumento *Beliefs about Medicines Questionnaire* foi traduzido e validado para a população portuguesa por Pereira et al. (2013), sendo denominado em português como “Questionário Crenças acerca da Medicação” (Anexo II) e encontra-se igualmente dividido em duas partes (Parte I – Crenças Gerais e Parte II – Crenças Específicas) tal como o instrumento original, podendo as duas partes serem utilizadas de forma combinada ou separadamente consoante os objetivos dos estudos.

A parte Crenças Gerais avalia as crenças relacionadas com possíveis efeitos adversos e aditivos dos medicamentos (item 2 e 3) e a possibilidade de serem receitados excessivamente pelos médicos (item 1 e 4).

A parte Crenças Específicas avalia as crenças dos indivíduos sobre a necessidade da medicação prescrita pelo médico (item 1, 2 e 4) e a preocupação com a utilização da medicação a longo prazo (item 3 e 5).

A parte I é constituída por cinco itens e a parte II é constituída por quatro itens. As respostas a cada item indicam o grau de concordância com cada afirmação e estão organizadas numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente”. Os *scores* obtidos em cada uma das questões das escalas são somados após a aplicação da mesma. O total da parte I – crenças gerais varia entre 4 (mínimo) e 20 (máximo) e o total da parte II – crenças específicas varia entre o mínimo de 5 pontos e máximo de 25 pontos. Com a soma das duas escalas, o valor mais baixo que é possível obter é 9 e o máximo é 45.

Na parte I, quanto maior a pontuação obtida, maiores e mais fortes são as crenças sobre o excesso de prescrições de medicamentos pelos médicos e sobre os efeitos nocivos e aditivos que os medicamentos têm. Assim uma maior pontuação nesta escala repercute-se em valores mais elevados de não adesão voluntária aos fármacos.

Na parte II, quanto mais elevada for a pontuação obtida, mais intensas são as crenças de necessidade de toma da medicação e as crenças dos efeitos secundários dos medicamentos.

De acordo com Neame e Hammond (2005), valores mais elevados indicam crenças mais fortes. Mardby, Akerlind e Jorgensen (2007) adiantam que as crenças mais fortes acerca do efeito prejudicial da medicação estão associadas a uma menor adesão terapêutica.

Já a parte II, de acordo com Horne et al. (1999) e Pereira et al. (2013) encontra-se positivamente associada à adesão à medicação, pois se a perceção de necessidade de medicação for elevada, a mesma poderá superar o medo de efeitos secundários desagradáveis.

No estudo de validação do instrumento para a população portuguesa, o Questionário Crenças acerca da Medicação, na versão portuguesa, “revelou-se um instrumento com boas características psicométricas, passível de ser utilizado” (Pereira et al., 2013).



## 5. TRATAMENTO DE DADOS

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas na íntegra, recorrendo às gravações áudio realizadas e aos apontamentos efetuados durante cada uma, através do Microsoft Office Word e, posteriormente, os dados recolhidos foram processados com recurso a dois programas diferentes. As questões de resposta fechada foram processadas com recurso ao IBM SPSS Statistics - Statistical Package for the Social Sciences (versão 24) e as questões de resposta aberta através do programa Microsoft Office Excel.

No caso da análise de conteúdo das questões de resposta aberta, no programa Microsoft Office Excel, foi criada uma folha de cálculo para cada questão de resposta aberta presente no guião de entrevista, e foram transcritas todas as respostas dadas pelos entrevistados para a respetiva folha de cálculo referente a cada questão. Seguidamente foram sendo identificadas por cores diferentes palavras ou expressões que fossem sendo identificadas como semelhantes entre as diversas respostas para cada questão e, desta forma, foi-se chegando às principais características comuns entre as respostas obtidas.

As questões de resposta fechada foram tratadas através de análise estatística. A mesma é descrita por Quivy e Campenhoudt (2005), como sendo adequada a investigações orientadas para o estudo de correlações entre fenómenos passíveis de serem exprimidos por variáveis quantitativas. E são apresentadas como principais vantagens deste método: a precisão e o rigor metodológico do mesmo; a clareza dos resultados obtidos.

Para as questões de resposta aberta foi utilizada a análise de conteúdo. Esta técnica dá a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e complexidade (Quivy & Campenhoudt, 2005).

Observa-se assim que a realização da análise de conteúdo se adequa totalmente à temática a trabalhar das representações sociais acerca da medicação e da forma como esses juízos positivos ou negativos vão influenciar a gestão que o entrevistado vai realizar da sua saúde.

### **CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

Ao longo deste capítulo serão descritos os resultados obtidos com o estudo empírico caracterizado no capítulo anterior. Será realizada uma caracterização da amostra alvo de estudo, tanto ao nível sociodemográfico como ao nível das diferentes variáveis anteriormente referidas. Tentarão encontrar-se padrões de resposta e seguidamente à apresentação dos resultados os mesmos serão discutidos criticamente, realizando uma comparação entre os resultados alcançados com o que é sugerido na literatura sobre esses pontos, tentando chegar a conclusões sobre se foram alcançados resultados semelhantes aos verificados na literatura ou não e, caso tal não se tenha verificado, criar justificações para tal facto.

#### **1. ANADIA: UM MUNICÍPIO EM ESTUDO**

Territorialmente, o Município de Anadia enquadra-se ao nível da NUTS II (2013) Centro e, NUTS III (2013) Região de Aveiro. De acordo com dados disponibilizados pelo INE (2016b) para o ano de 2015, o Município ocupa uma área total de 216,63 km<sup>2</sup>. O município é limitado a norte pelo município de Águeda, a leste por Mortágua, a sul pela Mealhada, a sul e oeste por Cantanhede e a noroeste por Oliveira do Bairro e é constituído por dez freguesias, mais concretamente: Avelãs de Caminho; Avelãs de Cima; Moita; Sangalhos; São Lourenço do Bairro; Amoreira da Gândara, Paredes do Bairro e Ancas; Arcos e Mogofores; Tamengos, Aguiçes e Óis do Bairro; Vila Nova de Monsarros e, por último, Vilarinho do Bairro.

Ao nível populacional, tem uma população residente total<sup>6</sup> de 27993 indivíduos (13320 do sexo masculino e 14673 do sexo feminino) o que, em conjugação com a área total do município, resulta numa densidade populacional de 129,2 indivíduos/km<sup>2</sup>.

Ainda no que diz respeito à população que reside no município, o valor da população residente total com 65 e mais anos é de 7143 indivíduos (3028 do sexo masculino e 4115 do sexo feminino), incluído neste valor é possível observar ainda a faixa da população residente com 75 e mais anos – 3767 indivíduos (1489 do sexo masculino e 2278 do sexo feminino).

---

<sup>6</sup> Pessoas que, independentemente de no momento de observação – zero horas do dia de referência – estarem presentes ou ausentes numa determinada unidade de alojamento, aí habitam a maior parte do ano com a família ou detêm a totalidade ou a maior parte dos seus haveres.

Todos os dados apresentados seguidamente baseiam-se no documento estatístico mais recente criado e disponibilizado pelo Instituto Nacional de Estatística, denominado de Anuário Estatístico da Região Centro 2015 (INE, 2016b).

O índice de envelhecimento é de 224,3 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos para cada 100 pessoas menores de 15 anos o que significa que no município de Anadia, existem mais do dobro de pessoas idosas para cada 100 pessoas com idade inferior a 15 anos. Este valor revela preocupação, situando-se acima do valor do país, de 147.

O mesmo acontece com o índice de longevidade. Para o ano de 2015 foi de 52,7% no município de Anadia, superior ao do país de 49%. Sabendo-se que quanto mais alto é o índice, maior é a percentagem da população que dentro dos 65 e mais anos tem 75 e mais anos, ou seja, quanto maior a percentagem mais envelhecida é também a população. No município de Anadia, sendo o índice de 52,7%, é possível concluir que entre a população total com 65 e mais anos, mais de metade dela se insere ainda no grupo dos 75 e mais anos, sendo a população envelhecida no município.

Para além de todos os índices anteriormente referenciados, é ainda pertinente observar o índice de dependência de idosos. Em Anadia, o mesmo é de 40,4%, ou seja, para cada 100 pessoas em idade ativa (15-64 anos) há 40,4 pessoas com 65 e mais anos. Tendo em conta que um valor inferior a 100 significa que há menos pessoas idosas do que pessoas em idade ativa, é possível afirmar que para o município de Anadia há mais do dobro de pessoas em idade ativa para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Apesar disto, o valor ultrapassa o registado para o país de 31,8%. Ou seja, há mais 77,3 pessoas idosas por cada 100 jovens com menos de 15 anos em Anadia do que no total nacional; o número de pessoas dentro da classe dos 65 e mais anos de idade, igual ou maior que 75 anos é também superior para o município e, ao nível do índice de dependência de idosos, no município há mais pessoas com 65 e mais anos para cada 100 pessoas em idade ativa do que no total nacional.

Estas diferenças entre os valores do município em estudo e do país permitem tirar diversas ilações pois todos os valores apresentados para município de Anadia são superiores aos de Portugal. Assim, é possível concluir que Anadia se trata de um concelho envelhecido, com

elevada proporção de pessoas mais velhas, exigindo uma maior atenção sobre os impactos do fenómeno e condições de vida das pessoas mais velhas.

Reconhece-se que a vida das pessoas é fortemente influenciada não só pelos próprios recursos como pelos disponibilizados pela comunidade em que está inserida. Dando agora ênfase aos serviços de saúde disponibilizados à comunidade no município de Anadia, há como recurso:

- 1 Hospital em todo o município, Hospital José Luciano de Castro (Localizado no centro da cidade de Anadia), pertencente a uma parceria com a SCMA. Para além de disponibilizadas consultas de diversas especialidades clínicas, tem ainda em funcionamento o serviço de Consulta Aberta das 9h às 20h, sendo pagas.

- 1 Centro de Saúde, com horário de funcionamento das 8h00 às 20h00 e com Serviço de Atendimento Complementar (consulta aberta) das 20h00 às 24h00 nos dias úteis e das 8h00 às 22h00 aos fins-de-semana e feriados.

- 8 Extensões do Centro de Saúde localizadas em diferentes freguesias do município;

- 13 Farmácias e Postos Farmacêuticos Móveis no município. Algumas delas disponibilizam ainda outros tipos de serviços à população e não apenas a venda de medicamentos, tais como: a preparação de caixas semanais de medicação; a possibilidade de medição da tensão arterial, glicose, pesagem e diversas consultas como, por exemplo, nutrição ou podologia. Este tipo de serviços disponibilizados nas farmácias, apesar de pagos, permitem colmatar algumas falhas existentes no município ao nível de disponibilidade de serviços, da distribuição dos mesmos pela área geográfica do município e da fraca cobertura de rede de transportes públicos. Assim, ao deslocar-se até elas por um determinado motivo, a população acaba por recorrer aos restantes serviços nelas disponibilizados por uma questão de comodidade e praticidade.

Devido à fraca cobertura de rede de transportes públicos acima referida, algumas farmácias realizam ainda um atendimento mais personalizado aos seus clientes, deslocando-se os próprios farmacêuticos ao domicílio, onde é entregue a medicação que a pessoa necessita.

Os serviços de proximidade são uma mais-valia para a população envelhecida do município, tanto por forma a combater o isolamento existente como por forma de colmatar as falhas existentes nos serviços de transportes. Assim, se há uma dificuldade de deslocação das pessoas aos serviços, se os mesmos estiverem inseridos em locais chave da comunidade, a facilidade de acesso aos mesmos melhorará e, por consequência, o próprio isolamento das pessoas diminuirá.

Isto porque, territorialmente, os serviços disponibilizados não estão distribuídos homogeneamente pelas diferentes freguesias do concelho. Estes serviços tendem a estar concentrados na cidade de Anadia, pertencente à freguesia de Arcos e Mogofores.

## 2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

### 2.1 Caracterização sociodemográfica

#### 2.1.1 Género

Participaram no estudo 40 idosos (29 do género feminino e 11 do género masculino), significando que, proporcionalmente, foram entrevistadas mais 18 mulheres do que homens. A maioria da amostra (72,5%) foi constituída por indivíduos do género feminino e somente 27,5% do género masculino (Tabela 1).

Tabela 1 - Género da amostra

	Freq	%
Masculino	11	27,5
Feminino	29	72,5
Total	40	100,0

#### 2.1.2 Idade

Relativamente às idades, a média de idades da amostragem situou-se nos 76,80 anos, sendo que a idade mínima registada foi de 66 anos e a idade máxima de 92 anos.

Aglomerando agora os indivíduos por classes de idades (65-74; 75-84; 85+ anos) é possível verificar que 40% das pessoas entrevistadas estão incluídas na classe 65-74 anos, mas que a

maior percentagem (47,5%) se encontra inserida na classe dos 75-84 anos e somente 12,5% apresenta uma idade igual ou superior a 85 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Idades da amostra

	Freq	%
65-74	16	40,0
75-84	19	47,5
85+	5	12,5
Total	40	100,0

Cruzando os dados com o género da amostra (Tabela 3), é possível observar a discrepância entre género dos 12,5% do total de indivíduos inseridos na classe dos 85+ anos. Somente 9,1% (1) dos homens estão inseridos na classe dos 85+ anos, já nas mulheres, a percentagem com 85+ anos é de 13,8% (4).

Tabela 3- Idade e Género da amostra

			Classes de Idade			
			65-74	75-84	85+	Total
Género	Masculino	Contagem	5	5	1	11
		% em Género	45,5%	45,5%	<b>9,1%</b>	100,0%
		% do Total	12,5%	12,5%	2,5%	27,5%
	Feminino	Contagem	11	14	4	29
		% em Género	37,9%	48,3%	<b>13,8%</b>	100,0%
		% do Total	27,5%	35,0%	10,0%	72,5%
Total	Contagem	16	19	5	40	
	%	40,0%	47,5%	12,5%	100,0%	

### 2.1.3 Estado Civil

Nas pessoas entrevistadas, o estado civil prevalente foi o de casado, tendo 55% das pessoas inquiridas contraído o matrimónio. Das quarenta pessoas inquiridas, 17 já tinham perdido o seu cônjuge, ou seja, 42,5% da amostra é constituída por pessoas viúvas e somente 1 pessoa das quarenta inquiridas é divorciada (Tabela 4).

Tabela 4 - Estado civil da amostra

	Freq	%
Casado	22	55,0
Divorciado	1	2,5
Viúvo	17	42,5
Total	40	100,0

Cruzando o estado civil com o género da amostra, é possível observar que todos os homens entrevistados são casados. Já no caso das mulheres, o estado civil predominante é o viúvo, registando 58,6% de ocorrências (Tabela 5).

Tabela 5 - Género e Estado Civil da amostra

			Estado Civil			
			Casado	Divorciado	Viúvo	Total
Género	Masculino	Contagem	11	0	0	11
		% em Género	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	27,5%	0,0%	0,0%	27,5%
	Feminino	Contagem	11	1	17	29
		% em Género	37,9%	3,4%	58,6%	100,0%
		% do Total	27,5%	2,5%	42,5%	72,5%
Total	Contagem	22	1	17	40	
	% do Total	55,0%	2,5%	42,5%	100,0%	

Seguidamente cruzamos o estado civil com as classes de idade acima apresentadas. Foi possível concluir que: 75% das pessoas na classe dos 65-74 anos são casadas; na classe dos 75-84 anos há a mesma percentagem de 47,4% de pessoas casadas e viúvas; na classe de 85 e mais anos o estado civil que predomina é o viúvo onde estão inseridas 80% das pessoas dessa classe de idade (Tabela 6).

Quando se cruzou o estado civil com o género foi possível perceber que todas as pessoas viúvas eram mulheres, relacionando essa informação com a classe de idades, é perceptível que 4 das mulheres com 85 e mais anos são viúvas.

Tabela 6 - Idade e Estado Civil da amostra

			Estado Civil			Total
			Casado	Divorciado	Viúvo	
Classes de Idade	65-74	Contagem	12	0	4	16
		% em Classes de Idade	<b>75,0%</b>	0,0%	25,0%	100,0%
		% do Total	30,0%	0,0%	10,0%	40,0%
	75-84	Contagem	9	1	9	19
		% em Classes de Idade	<b>47,4%</b>	5,3%	<b>47,4%</b>	100,0%
		% do Total	22,5%	2,5%	22,5%	47,5%
	85+	Contagem	1	0	4	5
		% em Classes de Idade	20,0%	0,0%	<b>80,0%</b>	100,0%
		% do Total	2,5%	0,0%	10,0%	12,5%
Total	Contagem		22	1	17	40
	% do Total		55,0%	2,5%	42,5%	100,0%

#### 2.1.4 Agregado Familiar

Na variável agregado familiar mais de metade da amostra (52,5%) vive somente com o seu cônjuge. Das quarenta pessoas, 7 vivem sozinhas (17,5%), algo que é justificável pelo facto de serem viúvas. As restantes dez vivem com os seus filhos (Tabela 7).

Tabela 7 - Agregado Familiar da amostra

	Freq	%
Sozinho	7	17,5
Filho	3	7,5
Filho/a, Nora/Genro e neto/s	2	5,0
Filho/a, Neto/s	3	7,5
Cônjuge	21	52,5
Filho/a, Nora/Genro	3	7,5
Cônjuge, Filho/a, Nora/Genro, Neto/s	1	2,5
Total	40	100,0

#### 2.1.5 Escolaridade

Os dados indicam que a amostra tem um baixo nível de instrução, na qual a maioria dos idosos tem apenas a 4ª classe (35%) e 12,5% idosos entrevistados são analfabetos. Somente duas pessoas têm formação superior (bacharelato), o que não ultrapassa os 5% da amostra (Tabela 8).



Tabela 8 - Escolaridade da amostra

	Freq	%
Analfabeto	5	12,5
1ª classe	3	7,5
3ª classe	9	22,5
4ª classe	14	35,0
5º ano	3	7,5
9º ano	4	10,0
Bacharelato	2	5,0
Total	40	100,0

Realizando o cruzamento dos dados de escolaridade com o género da amostra<sup>7</sup> (Tabela 9), é possível observar que o nível de instrução das mulheres é inferior ao dos homens. As 5 pessoas analfabetas acima referidas são mulheres, ou seja, 17,2% de todas as mulheres da amostra não sabe ler nem escrever.

Em relação à primeira classe, 10,3% das mulheres frequentou apenas a 1ª classe, o mínimo necessário para aprenderem a ler e escrever e todos os homens prosseguiram os estudos.

Dos 11 homens, 6 deles completaram a 4ª classe (54,5%). Destaque-se que é praticamente o dobro da percentagem relativa ao género feminino. Dois deles prosseguiram estudos até ao bacharelato (18,2%).

Tabela 9 - Género e Escolaridade da amostra

			Escolaridade							Total
			Analfabeto	1ª classe	3ª classe	4ª classe	5º ano	9º ano	Bacharelato	
Género	Masculino	Contagem	0	0	2	6	1	0	2	11
		% em Género	0,0%	0,0%	18,2%	54,5%	9,1%	0,0%	18,2%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	5,0%	15,0%	2,5%	0,0%	5,0%	27,5%
	Feminino	Contagem	5	3	7	8	2	4	0	29
		% em Género	17,2%	10,3%	24,1%	27,6%	6,9%	13,8%	0,0%	100,0%
		% do Total	12,5%	7,5%	17,5%	20,0%	5,0%	10,0%	0,0%	72,5%
Total	Contagem		5	3	9	14	3	4	2	40
	% do Total		12,5%	7,5%	22,5%	35,0%	7,5%	10,0%	5,0%	100,0%

<sup>7</sup> Relação estatisticamente não significativa com Mann-Witney Test com Sig >  $\alpha$  = 0,05 (p=0,063)

### 2.1.6 Atividade Profissional

Entre as 40 pessoas entrevistadas registou-se o desempenho de 16 atividades profissionais diferentes. A mais comum foi a agricultura, desempenhada por 30% da amostra, seguindo-se o doméstica/sem atividade profissional, onde se inseriram 17,5%.

Importa referir que, à data da recolha de dados, todas as pessoas se encontravam aposentadas sendo que, apesar disso, muitas continuavam a exercer atividades agrícolas como fonte de subsistência.

Analisando o gráfico abaixo (Figura 1) é possível confirmar que a esmagadora maioria desempenha profissões pouco qualificadas, algo que poderá ser justificado pelo baixo nível de escolaridade presente na mesma.

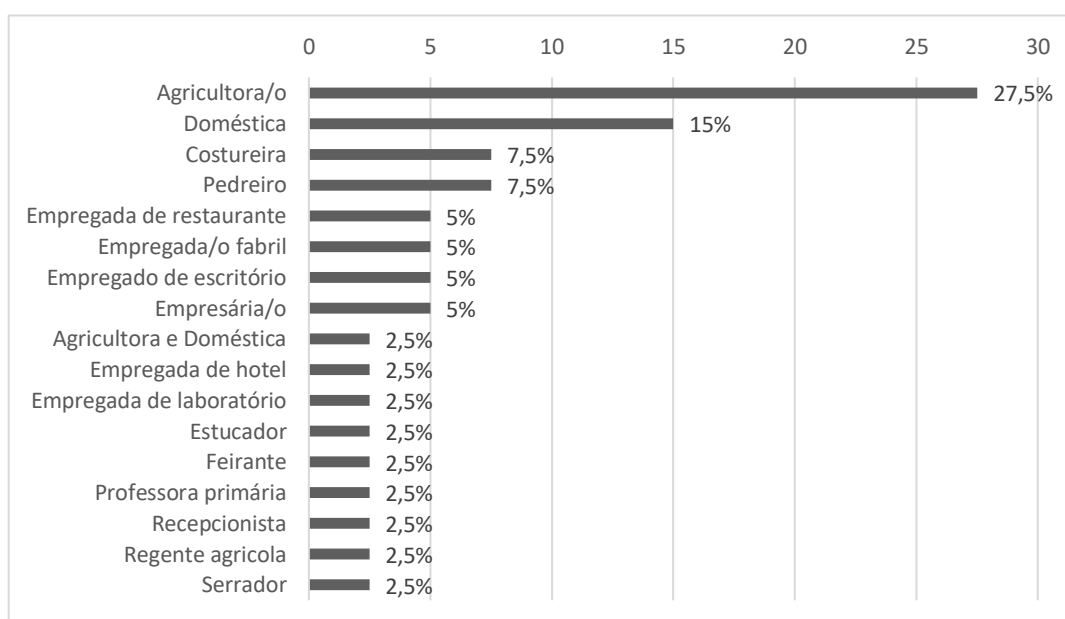


Figura 1 - Atividade Profissional da amostra

Relacionando as tarefas profissionais com o género, é possível observar que os homens desempenharam tarefas mais exigentes a nível físico e que há mais pessoas do género feminino a dedicarem-se à agricultura (34,5% do total de mulheres) (Anexo III – Tabela 1).

## 2.2 Caracterização da condição de saúde e/ou doença

### 2.2.1 Avaliação Subjetiva da Saúde

Na avaliação subjetiva de saúde (Tabela 10) somente uma pessoa das quarenta entrevistadas classificou a sua saúde como “muito boa”, sendo que essa pessoa era do género feminino e estava inserida na classe dos 75 aos 84 anos. Metade da amostra, (50%) classificou a sua saúde como “razoável”, sendo que desses 50%, 20% correspondia a homens e os restantes 30% a mulheres. Houve 14 indivíduos (35%) a classificarem a sua saúde como “fraca”. Torna-se pertinente referir que nenhuma das pessoas entrevistadas classificou a sua saúde como “Excelente”.

Tabela 10 - Avaliação Subjetiva de Saúde da amostra

	Freq	%
Muito boa	1	2,5
Boa	5	12,5
Razoável	20	50,0
Fraca	14	35,0
Total	40	100,0

Seguidamente tentou perceber-se se a avaliação subjetiva de saúde diferia nas seguintes variáveis: género, classe de idade, estado civil e escolaridade.

As mulheres avaliaram de pior forma a sua saúde<sup>8</sup>. A maioria dos homens (72,2%) classificam a sua saúde como “razoável” e 18,2% como “fraca”; houve a mesma percentagem de mulheres a classificar a sua saúde de “razoável” e de “fraca” (41,4%) (Tabela 11);

Tabela 11 - Género e Avaliação Subjetiva de Saúde da amostra

			Como classifica a sua saúde?				Total
			Muito boa	Boa	Razoável	Fraca	
Género	Masculino	Contagem	0	1	8	2	11
		% em Género	0,0%	9,1%	<b>72,7%</b>	<b>18,2%</b>	100,0%
		% do Total	0,0%	2,5%	20,0%	5,0%	27,5%
	Feminino	Contagem	1	4	12	12	29
		% em Género	3,4%	13,8%	<b>41,4%</b>	<b>41,4%</b>	100,0%
		% do Total	2,5%	10,0%	30,0%	30,0%	72,5%
Total		Contagem	1	5	20	14	40
		% do Total	2,5%	12,5%	50,0%	35,0%	100,0%

<sup>8</sup> Relação estatisticamente significativa, com Mann-Whitney Test com sig >  $\alpha$  = 0,05 (p=0,0455)

Relativamente ao cruzamento com a idade (Tabela 12), metade das pessoas com idades entre os 65 e os 74 anos classificou a sua saúde como “razoável” e mais de metade (52,6%) das pessoas inseridas na classe dos 75-84 também. Na classe dos 85 e mais anos a maior percentagem (60%) classificam a sua saúde como “fraca”.

É possível constatar que existe praticamente a mesma percentagem a classificar a sua saúde como fraca na classe dos 65-74 anos (31,3%) e dos 75-84 anos (31,6%), que, na classe dos 85 e mais anos duplica para os 60%.

Assim, realizando uma relação entre os resultados do cruzamento com o género e com a idade, é possível concluir que, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas, na amostra, as mulheres tendem a classificar pior a sua saúde<sup>9</sup> e quanto mais velhas as pessoas tendem também a classificar de pior forma a sua saúde, então quanto mais velhas forem as mulheres, de pior forma tenderão a classificar a sua saúde.

Tabela 12 - Idade e Avaliação Subjetiva de Saúde da amostra

			Como classifica a sua saúde?				Total
			Muito boa	Boa	Razoável	Fraca	
Classes de Idade	65-74	Contagem	0	3	8	5	16
		% em Classes de Idade	0,0%	18,8%	<b>50,0%</b>	<b>31,3%</b>	100,0%
		% do Total	0,0%	7,5%	20,0%	12,5%	40,0%
	75-84	Contagem	1	2	10	6	19
		% em Classes de Idade	<b>5,3%</b>	10,5%	<b>52,6%</b>	<b>31,6%</b>	100,0%
		% do Total	2,5%	5,0%	25,0%	15,0%	47,5%
	85+	Contagem	0	0	2	3	5
		% em Classes de Idade	0,0%	0,0%	<b>40,0%</b>	<b>60,0%</b>	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	5,0%	7,5%	12,5%
Total	Contagem		1	5	20	14	40
	% do Total		2,5%	12,5%	50,0%	35,0%	100,0%

Ao nível do estado civil é possível observar que as pessoas casadas classificam a sua saúde mais favoravelmente que as pessoas viúvas. Mais de metade (68,2%) das pessoas casadas classificaram a sua saúde como “razoável” e também a pessoa que classificou com “muito

<sup>9</sup> Relação estatisticamente não significativa, com Kruskal Wallis Test com Sig >  $\alpha$  = 0,05 (p=0,379).

boa” a sua saúde se encontra casada. Mais de metade das pessoas (58,8%) viúvas classificaram a sua saúde como “fraca” (Anexo III – Tabela 2).

Realizando a comparação entre avaliação subjetiva de saúde e a escolaridade, é possível concluir que quanto menor o nível de escolaridade, pior é a classificação que as pessoas fazem da sua saúde<sup>10</sup>. 60% das pessoas analfabetas classificou a sua saúde como “fraca”. Todas as pessoas que só frequentaram a 1ª classe, avaliaram a sua saúde como “fraca”. Em oposição, 100% dos indivíduos que completou o 5º ano classificou a sua saúde como “razoável”. Já os inquiridos com o 9º ano de escolaridade, 50% avaliou a sua saúde como “boa” e os restantes 50% como “razoável” (Anexo III – Tabela 3).

### **2.2.2 Problemas de saúde**

Ao realizar as entrevistas, 100% das pessoas inquiridas respondeu “Sim” à questão “Tem algum problema de saúde?”.

O passo seguinte foi agrupar os problemas de saúde por grupos de doenças, tendo sido estabelecidos os seguintes grupos: doenças do aparelho cardiovascular; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho digestivo; doenças do aparelho endócrino; doenças do aparelho urinário; doenças do aparelho reprodutor; doenças do aparelho músculo-esquelético; doenças do sistema nervoso; doença mental (depressão e ansiedade). Deixaram-se os seguintes problemas de saúde fora dos grupos: diabetes; colesterol; hipertensão arterial; neoplasia, pois considerou-se pertinente saber a frequência exata de cada. Isto porque o ARSC (2016), através do Perfil Local de Saúde 2016 - ACeS Baixo Vouga (onde se inserem o centro de saúde e extensões do município), organizou as morbilidades por ordem decrescente de diagnóstico nos cuidados de saúde primários. Para o ano de 2015, o colesterol<sup>11</sup>, a hipertensão e a diabetes foram das doenças mais diagnosticadas (22,1%; 22,5% e 7,9%, respetivamente).

Seguidamente foi realizada a relação de cada problema com a variável género, chegando-se às seguintes conclusões:

---

<sup>10</sup> Relação estatisticamente não significativa, com Kruskal Wallis Test com  $\text{Sig} > \alpha = 0,05$  ( $p = 0,091$ )

<sup>11</sup> Cientificamente denominado de alterações do metabolismo dos lípidos/dislipidemia

Doenças do aparelho cardiovascular - 40% da amostra sofre de algum problema cardiovascular. Realizando o seu cruzamento com a variável género, percebeu-se que, na amostra, estas doenças são mais prevalentes entre pessoas do género masculino (54,5% dos homens e 34,5% das mulheres) sofrem de algum tipo de patologia cardiovascular<sup>12</sup> (Anexo III – Tabela 4).

Doenças do aparelho respiratório – somente 22,5% da amostra sofre de algum tipo de patologia do foro respiratório (Anexo III – Tabela 5). As patologias mais referidas ao nível do aparelho respiratório entre a amostra foram Asma e Bronquite.

Doença do aparelho digestivo – 80% da amostra revelou não sofrer de nenhuma patologia relacionada com o aparelho digestivo, não diferindo na variável género (Anexo III – Tabela 6).

Doenças do aparelho endócrino – Apenas 17,5% dos inquiridos revelou sofrer de alguma patologia endócrina, sendo que desses 17,5%, 100% são mulheres. No entanto relacionando com o total da população feminina entrevistada, somente 24,1% da mesma é que sofrem de algum problema deste grupo<sup>13</sup> (Anexo III – Tabela 7). A maioria das pessoas referiu que o seu problema era relacionado com desregulações da tiroide.

Doenças do aparelho urinário – Somente 15% da amostragem sofre de problemas do aparelho urinário. Entre os homens, 27,3% deles tem alguma patologia associada ao aparelho urinário. Relativamente às mulheres, essa percentagem diminui para os 10,3%<sup>14</sup> (Anexo III – Tabela 8).

Doenças do aparelho reprodutor – Apenas 5% das pessoas (2) referiu ter algum tipo de problema de saúde relacionado com o aparelho reprodutor. Essas duas pessoas são do género masculino (Anexo III – Tabela 9). A variável doenças do aparelho reprodutor difere estatisticamente de forma significativa entre o género, conforme verificado através do Qui-Quadrado Test, com  $\text{Sig} < \alpha = 0,05$  ( $p = 0,018$ ). Analisando as entrevistas foi possível concluir que ambos tinham problemas de próstata.

---

<sup>12</sup> Relação estatisticamente não significativa, com Qui-Quadrado Test com  $\text{Sig} > \alpha = 0,05$  ( $p = 0,247$ )

<sup>13</sup> Diferenças estatisticamente não significativas, com Qui-Quadrado Test com  $\text{Sig} > \alpha = 0,05$  ( $p = 0,073$ )

<sup>14</sup> Diferenças estatisticamente não significativas, com Qui-Quadrado Teste com  $\text{Sig} > \alpha = 0,06$  ( $p = 0,181$ )

Doenças do aparelho músculo-esquelético – Neste grupo a percentagem de respostas “sim” foi superior à “não”. Dos inquiridos, 62,5% revelou sofrer de algum tipo de problema osteomuscular, tendo sido os mais comumente registados: osteoporose, artrite, artroses, reumatismo.

Estabelecendo o seu cruzamento com a variável género, comprova-se que os grupos diferem de forma estatisticamente significativa, com Qui-Quadrado Teste com  $\text{Sig} < \alpha = 0,05$  ( $p = 0,05$ ). Tornou-se perceptível que afetam tendencialmente as mulheres, sendo que 75,9% do género feminino revelou sofrer de algum tipo de patologia músculo-esquelética. No género masculino essa percentagem não passou dos 27,3% (Tabela 13).

Tabela 13 - Género e doenças do sistema músculo-esquelético da amostra

			<u>Doenças do sistema músculo-esquelético</u>		Total
			Sim	Não	
Género	Masculino	Contagem	3	8	11
		% em Género	<b>27,3%</b>	72,7%	100,0%
		% do Total	7,5%	20,0%	27,5%
	Feminino	Contagem	22	7	29
		% em Género	<b>75,9%</b>	24,1%	100,0%
		% do Total	55,0%	17,5%	72,5%
Total	Contagem		25	15	40
	% do Total		62,5%	37,5%	100,0%

Doença do sistema nervoso – Somente 10% dos inquiridos revelou ter algum tipo de patologia que se enquadrasse neste grupo, sendo a principal referida a síndrome vertiginosa. Apenas 9,1% do género masculino e 10,3% do género feminino sofre de alguma patologia do foro do sistema nervoso (Anexo III – Tabela 10).

Doença mental – Neste ponto, ao referirmo-nos a doença mental, o objetivo foi, sobretudo, fazer o despiste de ansiedade ou depressão. Das quarenta pessoas inquiridas nenhuma revelou sofrer de depressão. Ao nível da ansiedade, 3 pessoas (7,5%) dos inquiridos revelaram sofrer. É pertinente referir que essas três pessoas são do género feminino (Tabela

14), ou seja, a ansiedade, no caso específico da amostra em estudo, é mais frequente no género feminino<sup>15</sup>.

Tabela 14 - Género e Doença Mental na amostra

			Doença Mental		Total
			Não	Ansiedade	
Género	Masculino	Contagem	11	0	11
		% em Género	<b>100,0%</b>	0,0%	100,0%
		% do Total	27,5%	0,0%	27,5%
	Feminino	Contagem	26	3	29
		% em Género	89,7%	<b>10,3%</b>	100,0%
		% do Total	65,0%	7,5%	72,5%
Total	Contagem		37	3	40
	% do Total		92,5%	7,5%	100,0%

Diabetes – 17,5% da amostra revelou ser diabética. Realizando o seu cruzamento com a variável género é possível depreender que a percentagem de pessoas diabéticas é semelhante entre ambos os géneros (Anexo III – Tabela 11).

Colesterol – Cerca de metade das pessoas da amostra em estudo (47,5%) assumiu ter colesterol elevado. Foi ainda possível observar que a variável não difere entre os géneros (Tabela 15).

Tabela 15 - Género e Colesterol na amostra

			Colesterol		Total
			Sim	Não	
Género	Masculino	Contagem	5	6	11
		% em Género	<b>45,5%</b>	54,5%	100,0%
		% do Total	12,5%	15,0%	27,5%
	Feminino	Contagem	14	15	29
		% em Género	<b>48,3%</b>	51,7%	100,0%
		% do Total	35,0%	37,5%	72,5%
Total	Contagem		19	21	40
	% do Total		47,5%	52,5%	100,0%

<sup>15</sup> Relação estatisticamente não significativa, com Qui-Quadrado Test com  $\text{Sig} > \alpha = 0,05$  ( $p = 0,267$ ).



Hipertensão arterial – 65% da amostra revelou sofrer de hipertensão arterial. Aquando o seu cruzamento com o género, observou-se que 81,8% das pessoas do género masculino é hipertensa, em comparação com 58,6% no género feminino (Tabela 16).

Nesta amostra, é possível afirmar que há uma maior prevalência de hipertensão arterial entre os homens<sup>16</sup>.

Tabela 16 - Género e Hipertensão Arterial na amostra

			Hipertensão arterial		Total
			Sim	Não	
Género	Masculino	Contagem	9	2	11
		% em Género	<b>81,8%</b>	18,2%	100,0%
		% do Total	22,5%	5,0%	27,5%
	Feminino	Contagem	17	12	29
		% em Género	<b>58,6%</b>	41,4%	100,0%
		% do Total	42,5%	30,0%	72,5%
Total	Contagem		26	14	40
	% do Total		65,0%	35,0%	100,0%

Neoplasia – Somente 5% da amostra se encontra com neoplasia. Essas duas pessoas são do género feminino<sup>17</sup> (Anexo III – Tabela 12).

### 2.2.3 Periodicidade do acompanhamento médico

À pergunta “Quantas vezes costuma ir, em média, ao médico por mês?” 25% da amostra referiu ir uma vez por mês ao médico de família. Isso devia-se sobretudo ao facto de realizarem ajuste mensal de medicação. Os restantes 75% da amostra referiram ir só ao médico quando sentiam necessidade (Anexo III – Tabela 13).

<sup>16</sup> Relação estatisticamente não significativa, com Qui-Quadrado Teste com  $\text{sig} > \alpha = 0,05$  ( $p = 0,170$ ).

<sup>17</sup> Diferenças entre o género estatisticamente não significativa, com Qui-Quadrado Test com  $\text{Sig} > \alpha = 0,05$  ( $p = 0,372$ )

#### **2.2.4 Percepção da medicação tomada**

Num primeiro momento questionou-se a pessoa para compreender se geria a medicação sozinha ou com ajuda mínima. 38 pessoas (95%) responderam que tomavam sozinhas e 2 confessaram que necessitavam de ajuda mínima (Anexo III – Tabela 14).

Às 38 pessoas que referiram tomar conta da sua medicação sozinhas, questionou-se a quem recorriam quando tinham alguma dúvida sobre a mesma. Percebeu-se que as pessoas a quem mais recorrem são membros da sua rede de suporte familiar (filho 35% e 32,5% o cônjuge) e ao farmacêutico (15%) para esclarecer dúvidas (Anexo III – Tabela 15). Às 2 pessoas que referiram ter ajuda mínima na gestão da sua medicação, quando inquiridas sobre quem as apoiava, referiram que eram as netas.

A amostra foi ainda inquirida sobre quantos medicamentos tomava e a que refeições, destacando-se que não houve ninguém a referir que não tomava medicamentos. O número de medicamentos que referiram tomar variou entre 1 e 9. Das 40 pessoas, 2 referiram tomar um único tipo de medicamento e outras 2 referiram tomar nove tipos diferentes. O mais comum (25%) foi as pessoas referirem que tomavam 5 medicamentos diferentes por dia e cerca de metade da amostra (47,5%) entre 6 a 9 medicamentos diferentes (Anexo III – Tabela 16). Foi também perceptível que a refeição a que tomam mais medicamentos é ao pequeno-almoço (95%) seguido pelo jantar (72,5%) (Anexo III – Tabelas 17 a 22).

#### **2.2.5 Atitude tomada face ao aparecimento de sintomas**

Quando inquirida sobre se quando identificam um sintoma semelhante a algum já sentido anteriormente tomam um medicamento sem consultar um profissional de saúde, 60% da amostra referiu tomar e 40% não tomar. A classe de idades que mais referiu tomar foi a dos 85 e mais anos (100%)<sup>18</sup> (Anexo III – Tabela 23). Relativamente ao género, as mulheres entrevistadas tendem a automedicar-se mais (65,5%)<sup>19</sup> (Anexo III - Tabela 24).

---

<sup>18</sup> Relação estatisticamente não significativa, com Kruskal Wallis Test com  $\text{Sig} > \alpha = 0,05$  ( $p = 0,105$ )

<sup>19</sup> Diferença entre o género estatisticamente não significativa, com Qui-Quadrado Test com  $\text{Sig} > \alpha = 0,05$  ( $p = 0,247$ )

Quando inquiridas sobre esta situação, as pessoas tendiam a justificar o seu comportamento. Essas justificações foram analisadas através de análise de conteúdo e, de todas as categorias encontradas, as que mais se destacam são: i) sabiam o que tomar naquela situação porque numa situação prévia já tinham sido aconselhados pelo médico sobre o que fazer (30%); ii) porque evitam ao máximo ir ao médico (20%) (Figura 2).

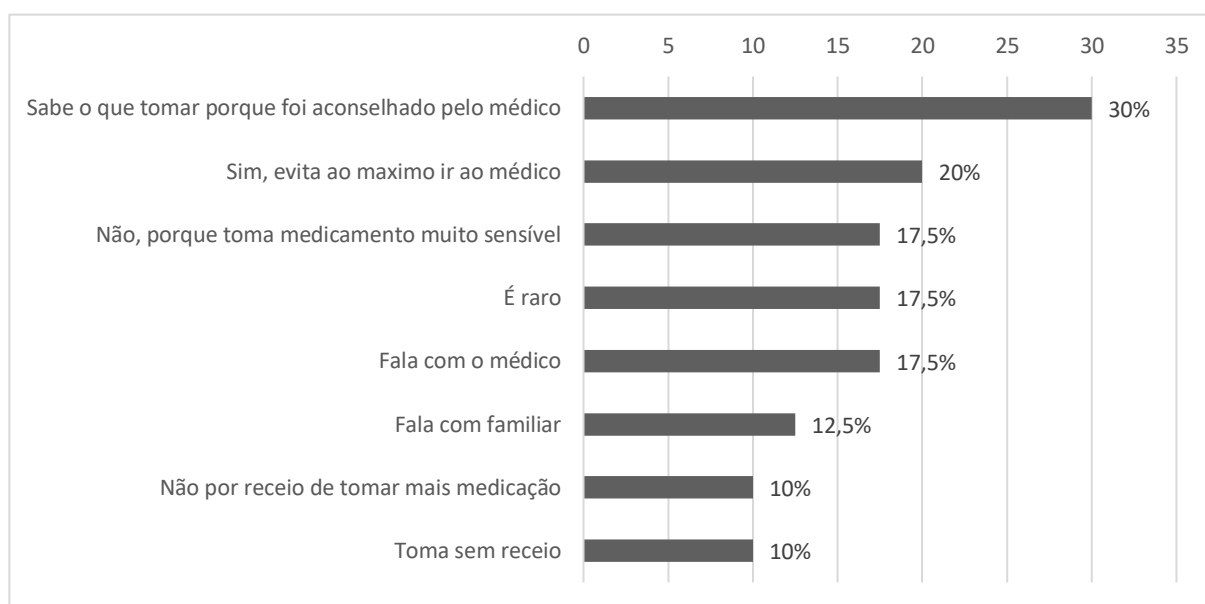


Figura 2 – Toma de medicação num sintoma semelhante a anterior sem consultar o médico ou farmacêutico

Quando inquiridas sobre “o que fazem no caso de identificarem um sintoma novo”, todas as pessoas consultavam alguém, sendo que a tendência é, primeiro consultar um familiar (filho - 32,5% ou o cônjuge - 10%). Aconselhadas pelo familiar deslocavam-se ao médico 95% das vezes. Outro caminho que realizavam era deslocarem-se primeiro à farmácia (17,5%) onde se aconselhavam se deveriam ir ao médico ou não (Anexo III – Tabela 25).

### 2.2.6 Acesso à medicação

Tentou-se perceber se as pessoas sentem dificuldades no acesso à medicação, tanto a nível monetário como a nível de deslocação para aquisição da mesma. A essa questão, mais de metade das pessoas (57,5%) referiu sentir algum tipo de dificuldade no acesso.

Os mesmos 57,5% demonstraram ter dificuldades de deslocação para acesso aos medicamentos e 15% revelou sentir algumas dificuldades monetárias. Apesar de 100% das pessoas inquiridas ter revelado que os seus rendimentos mensais chegam até ao final do mês

para as despesas que têm, algumas delas assumiram que tinham que fazer uma gestão mais rigorosa das suas economias (Anexo III – Tabelas 26 a 28).

Para compreender melhor as dificuldades, estas foram relacionadas com as variáveis género e idade. Foi possível compreender que as mulheres sentem mais dificuldades no acesso aos medicamentos, sendo que 75,9% do género feminino sente algum tipo de dificuldade (Anexo III – Tabela 29). Trata-se de uma diferença entre o género extremamente significativa, com o teste estatístico Qui-Quadrado Test a revelar  $\text{Sig} < \alpha = 0,05$  ( $p = 0,000$ ). Foi ainda perceptível que com o aumentar da idade aumentam também as dificuldades em aceder à medicação<sup>20</sup>, 100% das pessoas com 85 e mais anos se inserem (Anexo III – Tabela 30).

Efetuando uma distinção entre dificuldades sentidas a nível monetário e de deslocação, constatou-se que ninguém do género masculino revelou sentir dificuldades monetárias. Das mulheres, 20,7% referiu sentir dificuldades monetárias (Anexo III – Tabela 31). Ao nível de deslocação, 75,9% das pessoas do género feminino, tem dificuldades (Anexo III - Tabela 32). Como acima verificado, muitas das mulheres estão viúvas, não tendo o apoio do marido para se deslocarem (88,2% das pessoas viúvas sentem dificuldades de deslocação<sup>21</sup> (Anexo III – Tabela 34).

### **2.2.7 Atitude tomada face a efeitos secundários ou incerteza da eficácia da medicação**

Na entrevista, as pessoas foram ainda inquiridas sobre o que fazem quando sentem que algum medicamento não está a ter o efeito que devia. Mais de metade (55%) referiu consultar um profissional de saúde: 47,5% vai ao médico quando lhes acontece e 7,5% passa na farmácia. A segunda maior percentagem (17,5%) foi de pessoas que referiu deixar de tomar o medicamento quando alguma das situações anteriormente descritas lhe aconteciam (Figura 3).

---

<sup>20</sup> Relação estatisticamente não significativa, com Kruskal Wallis Test com  $\text{Sig} > \alpha = 0,05$  ( $p = 0,126$ )

<sup>21</sup> Diferença estatisticamente não significativa, com Qui-quadrado Test com  $\text{Sig} > \alpha = 0,05$  ( $p = 0,247$ )

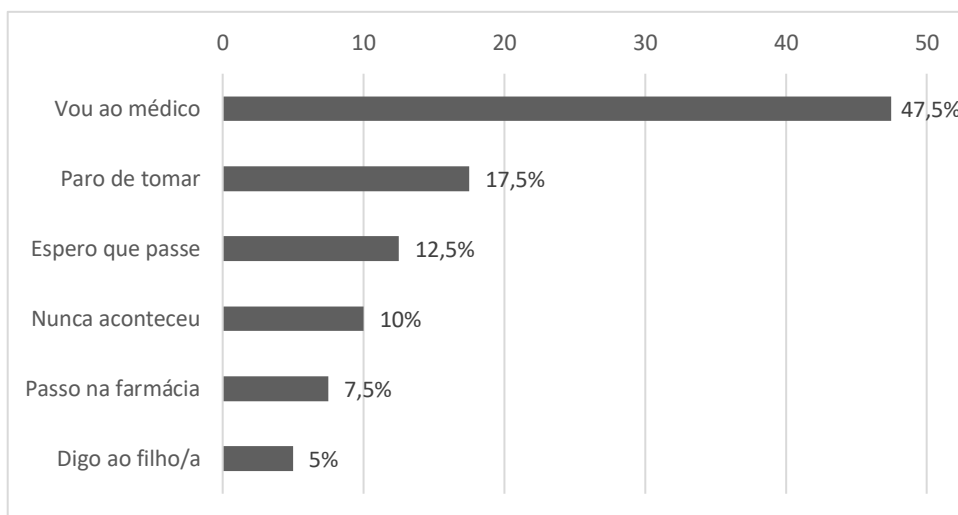


Figura 3 - Atitude tomada quando sente que o medicamento não está a ter o efeito suposto

Relacionando com algumas variáveis percebeu-se que as mulheres tendem a ir mais ao médico quando identificam alguma das situações (51,7%) e que os homens tendem a interromper mais a medicação (36,5%) (Anexo III – Tabela 35). Com a idade não se identificou nenhuma diferença em particular.

As pessoas mais escolarizadas tendem a recorrer mais aos profissionais de saúde (Anexo III – Tabela 36).

### 2.2.8 Estratégias utilizadas para a toma da medicação

Foi exposta aos entrevistados a questão “que estratégias usa para não se esquecer de tomar a sua medicação?”, as estratégias enumeradas foram agrupadas em quantidade e, posteriormente, em categorias. O número de estratégias identificadas pelas pessoas tende a variar consoante as refeições a que tomam medicação. Por exemplo, caso tomem medicação em jejum e ao pequeno-almoço, a tendência é para: i) terem a medicação do jejum na mesa de cabeceira para que não haja esquecimento de a tomarem assim que acordam; ii) terem a medicação do pequeno almoço na cozinha, local onde é realizada a refeição. Contabilizam-se, assim, duas estratégias diferentes.

Pouco mais de metade (52,5%) da amostra referiu recorrer somente a uma estratégia para a toma da medicação (Anexo III – Tabela 37).

Entre todas as estratégias (Figura 4), as mais referidas foram a rotina/hábito (35%), as pessoas estão tão habituadas a tomar a medicação que a própria rotina funciona como estratégia; e “deixar os medicamentos à vista” (30%).

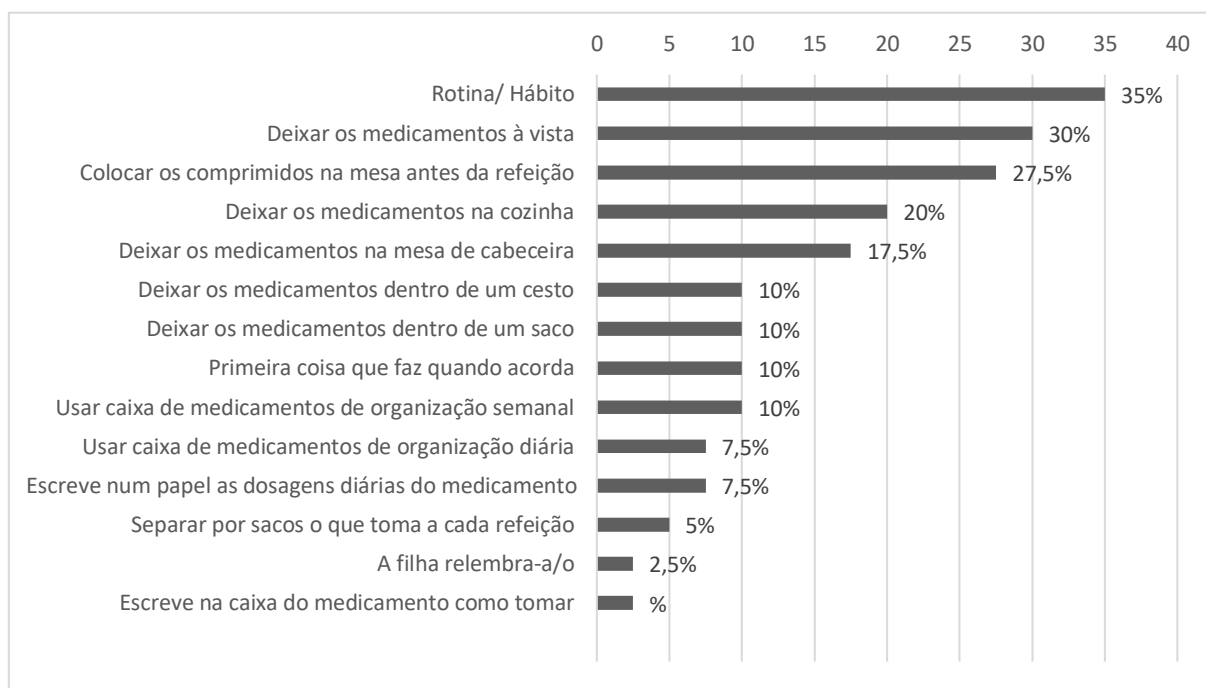


Figura 4 - Estratégias de toma de medicação na amostra

## 2.3 Influência da opinião sobre os profissionais de saúde na gestão da medicação

### 2.3.1 Medicamentos receitados pelo médico

Foi perguntado às pessoas da amostra a sua opinião sobre a quantidade de medicamentos que os médicos receitam. Ninguém da amostra considerou que os médicos receitam poucos medicamentos, 60% acha que os médicos receitam a dose ideal e 40% acha que os médicos receitam medicamentos em demasia (Tabela 17).

Tabela 17- Número de medicamentos receitados pelos médicos na amostra

	Freq	%
Demasiados Medicamentos	16	40,0
Na dose certa	24	60,0
Total	40	100,0

Relacionando estes resultados com diversas variáveis percebeu-se que quanto maior a idade, maior é a percentagem de pessoas que considera que os médicos receitam medicamentos a mais<sup>22</sup> (Anexo III – Tabela 38). Encontrou-se ainda uma diferença entre a opinião entre géneros<sup>23</sup>. No feminino cerca de metade (48,3%) considerou que os médicos receitam demasiados, enquanto no género masculino essa percentagem decaiu para os 18,2% (Tabela 18).

Tabela 18 - Género e Número de medicamentos receitados pelos médicos na amostra

			Acha que os médicos receitam:		
			Demasiados		
			Medicamentos	Na dose certa	Total
Género	Masculino	Contagem	2	9	11
		% em Género	<b>18,2%</b>	81,8%	100,0%
		% do Total	5,0%	22,5%	27,5%
	Feminino	Contagem	14	15	29
		% em Género	<b>48,3%</b>	51,7%	100,0%
		% do Total	35,0%	37,5%	72,5%
Total	Contagem		16	24	40
	% do Total		40,0%	60,0%	100,0%

Quando estabelecido o cruzamento com a variável escolaridade, observou-se que quanto maior o nível de escolaridade, mais as pessoas defendem que o número de medicamentos receitados pelos médicos é na dose certa<sup>24</sup> (Anexo III – Tabela 39).

Realizando a análise de conteúdo das respostas obtidas, obtiveram-se as seguintes categorias representadas na Figura 5. Dos 40% que considera que os médicos receitam demasiados medicamentos surgiram expressões como, “Eu acho que eles exageram muito (...) eu vejo aí pessoas a tomarem carradas e carradas de medicamentos!”; “Eu cá acho que receitam demasiados. Eu já acho que tomo muitos e ainda sei de pessoas que tomam mais do que eu!”; “Ah, por vezes receita demasiado. Já tenho chegado à farmácia e não mos darem.” ou “Olhe menina, eu acho que o médico de Aguiçã exagera um bocadito, tem vezes que vou lá à farmácia e nem mando aviar tudo!”

<sup>22</sup> Relação estatisticamente não significativa, com Kruskal-wallis Test Sig> $\alpha=0,05$  (p=0,511)

<sup>23</sup> Relação estatisticamente não significativa, com Mann-Whitney Test com Sig> $\alpha=0,05$  (p=0,259)

<sup>24</sup> Relação estatisticamente não significativa, com Kruskal-wallis Test com Sig> $\alpha=0,05$  (p=0,514)

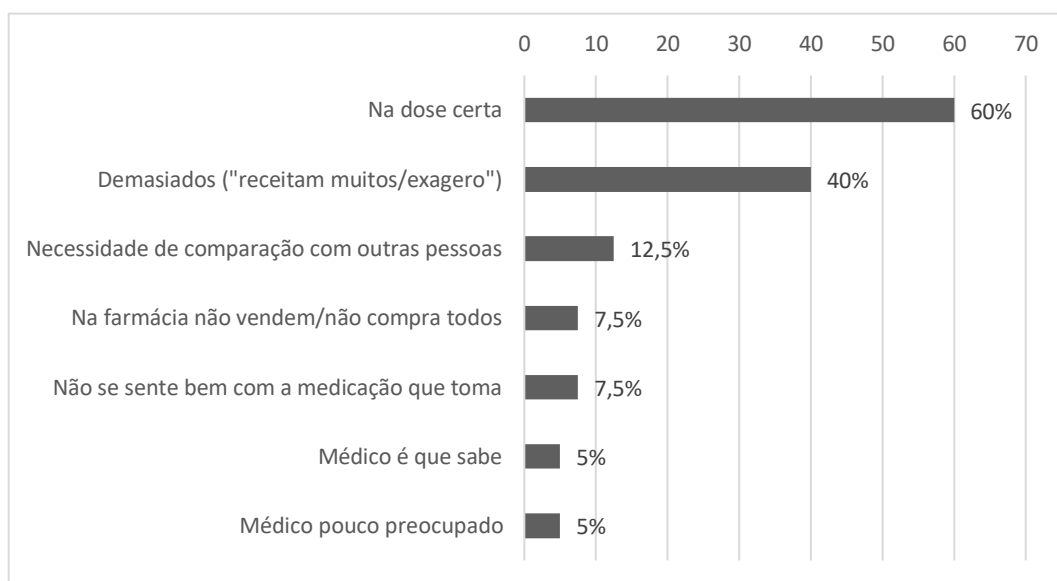


Figura 5 - Opinião sobre o número de medicamentos receitados pelos médicos na amostra

Estes dados permitem concluir que: i) por vezes, as pessoas sentem necessidade de se comparar com as outras para demonstrar que estão melhores ou piores (12,5%); ii) algumas vezes, quando consideram que o médico receitou demasiados medicamentos, quando chegam à farmácia não os compram por opção própria ou por conselho do farmacêutico (7,5%); e iii) para afirmarem que os médicos receitam demasiados medicamentos recorrem a expressões como “é um exagero”, “muita coisa”, “uma carga de medicamentos”, etc.

### 2.3.2 Informação disponibilizada sobre os medicamentos

Realizou-se à amostra a questão “Acha que tem informação suficiente sobre os medicamentos que toma?”, tendo sido ainda analisadas as respetivas justificações.

Das 40 pessoas entrevistadas, 67,5% referiu que considera ter informação suficiente e 30% que gostariam de ter mais (Tabela 19).

Tabela 19 - Informação disponibilizada sobre os medicamentos na amostra

	Freq	%
Sim	27	67,5
Não	1	2,5
Gostaria de ter mais	12	30,0
Total	40	100,0



No cruzamento com a variável género não foram registadas diferenças significativas. No entanto, em relação ao interesse em ter mais informação, a percentagem de homens a afirmá-lo é superior (36,4%) (Anexo III – Tabela 40).

No cruzamento com a escolaridade também não foram observadas diferenças significativas (Anexo III – Tabela 41).

Ao nível da idade, em idades mais novas há um maior interesse em ter mais informação sobre a medicação: 31,3% das pessoas com idades entre os 65-74 anos a revelou que gostaria de ter mais informação sobre a medicação e somente 20% das pessoas com 85 e mais anos, afirmou o mesmo (Anexo III – Tabela 42).

Através da análise de conteúdo (Figura 6), verificou-se que muita gente referiu sentir que tinha informação suficiente não porque o médico a transmitia mas porque as próprias pessoas se procuravam informar (17,5%), através de expressões como: “porque procuro saber e ler as bulas todas direitinhas”, “(...) eu leio os papéis todos que vêm nas caixas”; Outras revelaram que o médico não transmitia informações suficientes (7,5%): “(...) o que é que ele (o médico) diz ou o que é que ele se preocupa em explicar alguma coisa a alguém? Nadinha”, “(...) eles nem explicam nem dizem nada”. Outros ainda, quando pretendem obter mais informação dirigem-se à farmácia (10%): “(...) o que sei foi mais por perguntar na farmácia”, “Eu acho que tenho informação suficiente (...) a farmacêutica é que me vale nessas coisas!”.

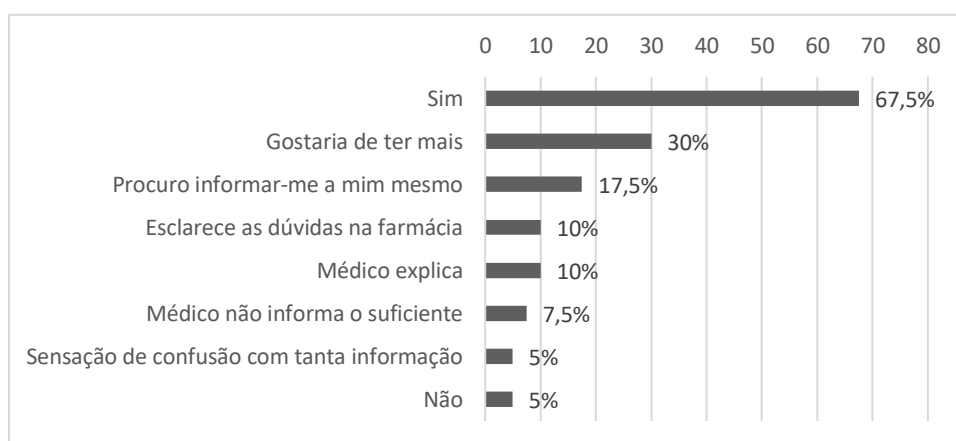


Figura 6- Informação suficiente sobre a medicação na opinião da amostra

### 2.3.3 Interesse do médico pelo paciente

Seguidamente foi feita a questão “acha que o seu médico é preocupado e faz as perguntas necessárias para compreender o que realmente tem e necessita?”, à qual 27,5% da amostra respondeu que não (Anexo III – Tabela 43).

Procurando perceber-se se esta variável diferia entre o género, observou-se que as percentagens eram bastante semelhantes (Anexo III – Tabela 44). De igual modo, não se verificaram diferenças entre as classes de idades (Anexo III – Tabela 45).

Ao nível da relação com a escolaridade, verificou-se que quanto mais elevado é o grau de ensino maior era a proporção de pessoas a considerar o seu médico interessado e preocupado<sup>25</sup> (Anexo III – Tabela 46). Das pessoas analfabetas, somente 40% considera que o seu médico se interessa por elas; na 1ª classe essa percentagem aumenta para os 66,7%, já das pessoas que têm o 9º ano de escolaridade ou o Bacharelato a percentagem atinge os 100%.

Da análise do conteúdo das respostas (Figura 7) alcançou-se o seguinte: i) 27,5% referiu que considerava o seu médico muito competente, através de expressões como: “O meu médico é muito bom (...)”, “(...) excelente, super atenciosa e preocupada!” ou “(...)é muito atenciosa, isso sem duvida!”; ii) os 25% que referiram que não, por considerarem o seu médico pouco preocupado recorreram a expressões como: “(...) ele quer lá saber, se ele olhar para uma pessoa já é uma sorte!” ou “Uma pessoa ainda mal entrou a porta para dentro e já está quase ele com a receita na mão (...)”.

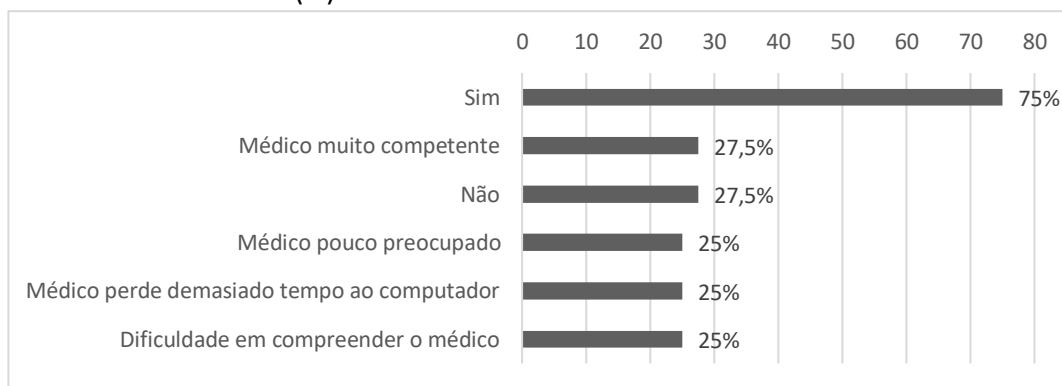


Figura 7 - Interesse do médico pelo paciente na opinião da amostra

<sup>25</sup> Relação estatisticamente não significativa, com Kruskal-wallis Test com  $\text{Sig} > \alpha = 0,05$  ( $p = 0,540$ )

### 2.3.4 Cumprimento da prescrição médica

Ao inquirir o entrevistado sobre se “toma os medicamentos de acordo com o que o médico lhe disse ou da forma como acha melhor para si próprio?”, 25% da amostra assumiu não respeitar as indicações médicas (Tabela 20).

Tabela 20 - Cumprimento da prescrição médica pela amostra

	Freq	%
Como o médico diz	30	75,0
Como acha melhor para si	10	25,0
Total	40	100,0

Quando cruzados esses resultados com a variável “gênero” (Tabela 21), percebeu-se que o gênero masculino (90,9%) respeitava mais as indicações médicas do que o gênero feminino (69%), o que indica que as mulheres têm uma maior tendência para se automedicarem<sup>26</sup>.

Tabela 21 – Gênero e Cumprimento da prescrição médica na amostra

Toma os medicamentos de acordo com o que o médico lhe disse ou da forma como acha que é melhor para si próprio?				
		Como o médico diz	Como acha melhor para si	Total
Género	Masculino	Contagem	10	1
		% em Género	90,9%	9,1%
		% do Total	25,0%	2,5%
	Feminino	Contagem	20	9
		% em Género	69,0%	31,0%
		% do Total	50,0%	22,5%
Total	Contagem	30	10	
	% do Total	75,0%	25,0%	

Seguidamente cruzou-se a variável em questão com a idade (Tabela 22). Tornou-se evidente que quanto mais idade têm as pessoas, maior a proporção que respeita os conselhos médicos sobre como tomar os medicamentos<sup>27</sup>. Na classe dos 65-74 anos, somente 68,8% assumiu tomar a medicação de acordo com as indicações médicas. Na classe dos 85 e mais anos essa percentagem aumentou para os 80%.

<sup>26</sup> Relação estatisticamente não significativa, com Qui-quadrado Test com  $\text{Sig} > \alpha = 0,05$  ( $p = 0,152$ )

<sup>27</sup> Relação estatisticamente não significativa, com Kruskal-wallis Test com  $\text{Sig} > \alpha = 0,05$  ( $p = 0,762$ )

Na amostra, quanto mais novas são as pessoas, maior é a tendência para se automedicarem.

Tabela 22 - Idade e Cumprimento da prescrição médica na amostra

Toma os medicamentos sempre de acordo com o que o médico lhe disse ou da forma como acha que é melhor para si próprio?					
			Como acha melhor		
			Como o médico diz	para si	Total
Classes de Idade	65-74	Contagem	11	5	16
		% em Classes de Idade	68,8%	31,3%	100,0%
		% do Total	27,5%	12,5%	40,0%
	75-84	Contagem	15	4	19
		% em Classes de Idade	78,9%	21,1%	100,0%
		% do Total	37,5%	10,0%	47,5%
	85+	Contagem	4	1	5
		% em Classes de Idade	80,0%	20,0%	100,0%
		% do Total	10,0%	2,5%	12,5%
Total	Contagem	30	10	40	
	% do Total	75,0%	25,0%	100,0%	

Cruzando os resultados da questão com a variável “escolaridade” (Anexo III – Tabela 47), é perceptível que, na amostra, as pessoas com um maior nível de escolaridade tendem a cumprir mais as prescrições médicas (100% das pessoas com Bacharelato) do que as menos instruídas (60% das pessoas analfabetas)<sup>28</sup>.

Por último, realizou-se o cruzamento com a variável “avaliação subjetiva de saúde”, para tentar perceber se a forma como autoavaliam a sua saúde influenciava a gestão da sua saúde, nomeadamente ao nível da automedicação. Apesar de não haver uma variação significativa<sup>29</sup>, quanto pior as pessoas classificam a sua saúde, mais tendem a automedicar-se e a não seguirem as prescrições médicas (Anexo III – Tabela 48).

Aquando a realização da análise de conteúdo às respostas dadas (Figura 8), 22,5% referiram que por vezes adaptam a medicação, através de expressões como: “(...) vou adaptando conforme me vou sentindo, consoante a dor que tenho, evito chegar ao máximo

<sup>28</sup> Relação estatisticamente não significativa, com Kruskal-wallis Test com Sig> $\alpha=0,05$  (p=0,572)

<sup>29</sup> Relação estatisticamente não significativa, com Kruskal-wallis Test com Sig> $\alpha=0,05$  (p=0,923)

que ele receita (...)”, “(...) eu então vou vendo como é que estou e vou tomando aquilo que vejo que necessito.”. Referem o cansado de tomar tantos medicamentos (7,5%) recorrendo a expressões como “(...) tiro um diazito de descanso, o que também serve para ver como me sinto sem eles!”, “(...) às vezes que não me apetece tomar tanta tralha (...)”.

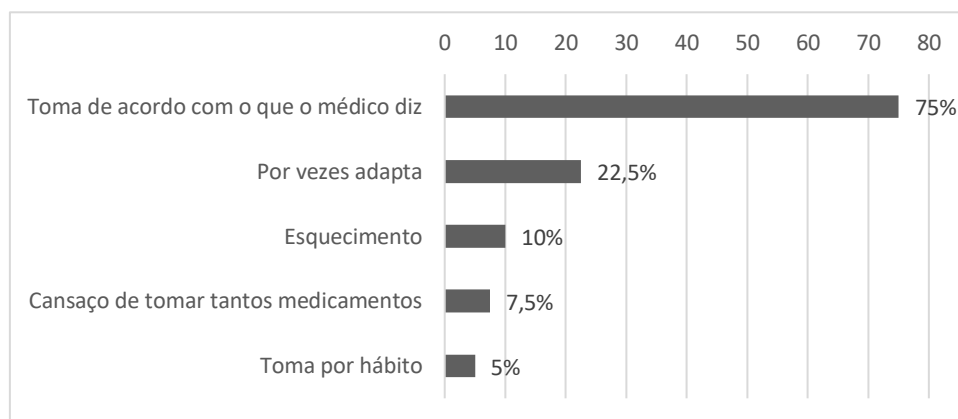


Figura 8 - Cumprimento da prescrição médica na amostra

### 2.3.5 Relação estabelecida com os farmacêuticos

Para se compreender a relação que as pessoas estabelecem com os farmacêuticos, primeiro averiguou-se se as pessoas adquiriam os seus medicamentos sempre na mesma farmácia à qual 77,5% da amostra respondeu positivamente (Anexo III – Tabela 49).

Seguidamente, questionou-se sobre se os farmacêuticos os ajudavam no esclarecimento de dúvidas dos medicamentos, cujas respostas estão analisadas na Figura 9. Percebeu que: i) 87,5% afirmou que sim, com discursos como “(...) normalmente em qualquer uma (farmácia) eles ajudam a tirar dúvidas.”, “(...) pergunto e elas explicam tudo.”; ii) Algumas das pessoas (25%) referiram considerar os farmacêuticos muito prestáveis para o fazer: “(...) são muito amigos de ajudar as pessoas.”, “(...) são muito atenciosos!”; iii) Outros 12,5% assumiram que preferem ir ao médico quando têm duvidas “(...) geralmente espero por ir à médica para lhe perguntar (...)”, “(...) prefiro tratar disso com o médico mesmo.”.

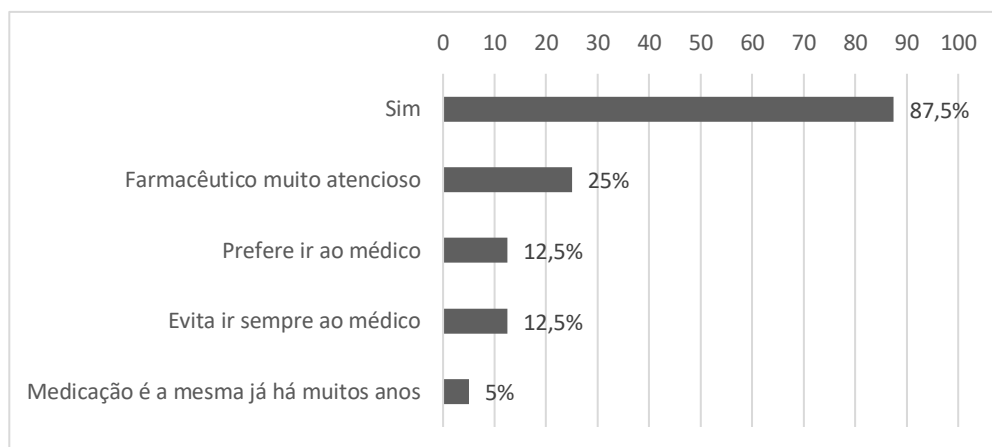


Figura 9 - Esclarecimento de dúvidas com os farmacêuticos na amostra

Por último, os participantes do estudo foram questionados sobre se, na farmácia onde se costumam deslocar, lhes é facilitado o acesso aos medicamentos sem que tivessem receita médica. Através da análise das respostas (Figura 10) compreendeu-se que 87,5% das pessoas concorda, sendo que as restantes (12,5%) referiram que habitualmente não é algo que tenham necessidade de fazer.

Cerca de um terço da amostra (32,5%) acrescentou ainda que adquire os medicamentos na farmácia e posteriormente passam a entregar as receitas: “(...) depois trago do médico as receitas e passo lá a deixar.”, “(...) depois passa-se lá para dar a receita e pagar.”; 20% ainda referiram que consideram os farmacêuticos muito prestáveis por esta atitude: “(...) ajudam sempre as outras pessoas quando é preciso.”, “(...) eles nisso ajudam muito as pessoas (...)”.

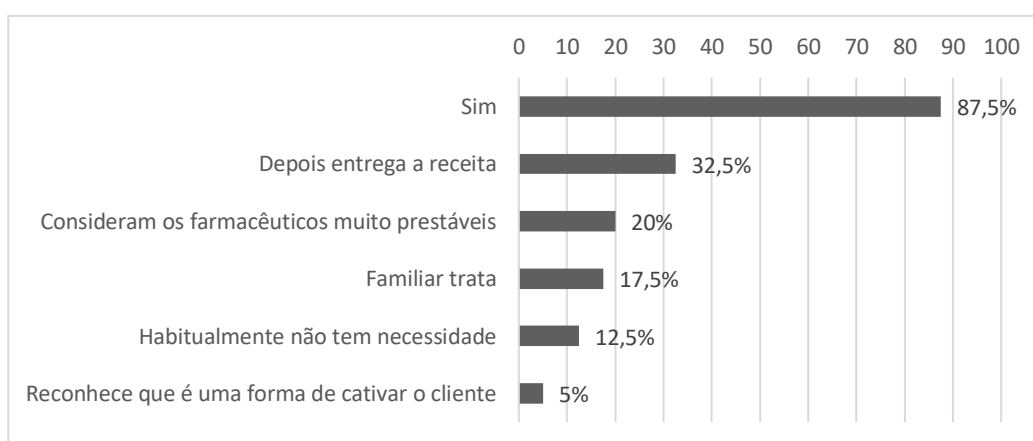


Figura 10 - Acesso a medicamentos na amostra

## **2.4 Resultados do Instrumento Questionário Crenças acerca da Medicação**

Após a aplicação do instrumento realizou-se a soma para cada uma das escalas. Na escala das Crenças Gerais (CG) o valor mínimo obtido foi 8 pontos por 5% da amostra e máximo foi 18 por 2,5% da amostra. Já na escala das Crenças Específicas (CE) o valor mínimo foi de 10 (2,5%) e o máximo de 23 (2,5%) (Anexo III – Tabela 50 e 51).

De seguida procedeu-se à soma total do instrumento, onde o valor mínimo obtido foi de 21 pontos por 5% da amostra e o máximo foi de 34 também por 5% da amostra (Anexo III – Tabela 52).

Com o objetivo de tentar compreender a variação de resultados obtidos no instrumento foi realizado o seu cruzamento com diversas variáveis sendo seguidamente apresentados os resultados considerados mais significativos.

No género da amostra, o feminino apresentou valores mais elevados tanto ao nível das CG como das CE e no resultado total do instrumento. É possível identificar que as mulheres da amostra apresentam crenças mais fortes sobre o excesso de prescrições médicas e efeitos nocivos dos medicamentos, preocupação com efeitos secundários a longo prazo e necessidade de toma de medicação (Anexo III – Gráfico 1 a 3 e Tabelas 53 a 55).

Analisando o efeito da variável idade, percebeu-se que, quanto mais idade têm as pessoas da amostra, menos fortes são as CG. Em relação às CE acontece o oposto, tendem a aumentar com o aumento de idade da amostra. As pessoas com o aumento da idade tendem a desenvolver crenças mais fortes ao nível da preocupação com a toma de medicação a longo prazo e de consciencialização da necessidade de toma da medicação para preservar o estado de saúde (Anexo III – Gráfico 4 a 6 e Tabelas 56 a 58).

No cruzamento com o estado civil, foi perceptível que os resultados obtidos no instrumento aumentavam com a viuvez. Tanto a nível das CG, CE como do instrumento total (Anexo III – Gráfico 7 a 9 e Tabelas 59 a 61), o que permite concluir que, na amostra, as pessoas viúvas tendem a ter crenças mais fortes de necessidade, preocupação com a medicação, possíveis efeitos adversos e excesso de toma de medicação o que se reflete numa menor adesão terapêutica.

Não foi observada na amostra uma relação óbvia entre o aumento de escolaridade e os resultados obtidos no instrumento (Anexo III – Gráficos 10 a 12 e Tabelas 62 a 64).

Por último, realizando o cruzamento com a avaliação subjetiva de saúde (Anexo III – Gráficos 13 a 15 e Tabelas 65 a 67), verificou-se que tanto a nível das CG, CE como do total obtido no instrumento, quanto pior as pessoas avaliavam a sua saúde, mais elevado foi o resultado obtido no instrumento e, por consequência, mais fortes são as suas crenças também.

Este resultado permite chegar ainda a outra conclusão: a conjugação estas três condições na amostra (ser mulher, viúva e classificar a sua saúde como fraca) potencia um resultado mais elevado no instrumento.

### 3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este ponto da dissertação integra a análise e reflexão dos resultados obtidos, destacando-se os considerados mais significativos e confrontando-os com o estado da arte. A discussão dos resultados será realizada pela ordem pela qual foram apresentados.

Recorde-se que, com a presente investigação, se pretendeu estudar de que forma as representações sociais de pessoas idosas sobre o medicamento e a saúde influenciam a forma como gerem não só a utilização dos medicamentos mas também como gerem a sua saúde.

Aquando a realização da caracterização sociodemográfica foi possível constatar que a discrepância entre o número de entrevistados por género na amostra vai de encontro aos valores anteriormente referidos na caracterização do Município, onde das 7143 pessoas com 65 e mais anos, 4115 são do género feminino e somente 3028 são género masculino.

Quanto à escolaridade da população, verificou-se que era baixa. Estes dados que não são surpreendentes por se tratarem de pessoas em que, na época da sua infância, o ensino não era de frequência obrigatória e muito menos era uma prioridade para as famílias, sobretudo no caso das mulheres. As diferenças demonstradas com a análise podem refletir ainda as



desigualdades no ensino existentes à época da infância das pessoas entrevistadas, nomeadamente ao nível do analfabetismo.

Relativamente à diferença encontrada entre géneros da população em estudo, a mesma pode ser explicada pelo facto de as mulheres apresentarem uma esperança de vida superior à dos homens, vivendo mais anos e, portanto, entrevistando pessoas com mais idade a tendência será para que as mesmas sejam mulheres e não homens. Associado a esse facto verificou-se também que todos dos homens eram casados e mais de metade das mulheres eram viúvas. Apurou-se ainda que, com o aumento da idade, se verificava um aumento da proporção de pessoas viúvas entre a amostra.

Os dados observados permitem concluir que, como a esperança de vida do género feminino é superior à do género masculino, as mulheres tendem a viver mais tempo que os homens. Por consequência, propicia-se a que existam mais mulheres viúvas que homens porque eles falecem primeiro. Quanto mais tardias forem as idades, mais esse efeito é perceptível.

Estes dados vão de encontro a Fernandes (2007), que identifica o *status* matrimonial como um dos determinantes da mortalidade, acrescentando que o suporte ou apoio familiar que decorre da situação conjugal é de há muito considerado um factor protetor do risco de mortalidade. A autora refere também que a assimetria da pirâmide etária é provocada pela sobrevivência das mulheres viúvas e acrescenta o facto de homens solteiros e viúvos apresentarem probabilidades de morrer sempre mais elevadas do que os casados e os divorciados.

Partindo para a análise da caracterização da condição de saúde e/ou doença, ao nível das patologias da amostra, as observadas como mais comuns foram: i) hipertensão (65% da amostra, mais prevalente no género masculino), ii) doenças do aparelho músculo-esquelético (62,5% da amostra, mais prevalente nas mulheres), iii) colesterol (47,5% da amostra, com prevalência semelhante entre os géneros), iv) doenças do aparelho cardiovascular (40% da amostra, mais prevalente nos homens) e v) doenças do aparelho respiratório (22,5% da amostra).

Os dados vão de encontro aos relatórios disponibilizados pela DGS, em que no grupo etário dos 75 e mais anos as doenças do aparelho circulatório constituem a causa de morte com maior importância relativa (DGS, 2014). De acordo com dados da DGS (2015) o colesterol (dislipidemia) e a hipertensão arterial constituem importantes fatores de risco em relação a múltiplas doenças crónicas, nomeadamente para as doenças do aparelho cardiovascular (enfarte agudo do miocárdio, doença isquémica do coração e para os acidentes vasculares cerebrais). Tal como referido, entre as patologias com maior prevalência na amostra encontra-se precisamente a hipertensão arterial, colesterol e problemas cardiovasculares. As doenças músculo-esqueléticas são, de acordo com a DGS (2015), as doenças crónicas que mais limitam o estado de saúde dos portugueses, sendo as mulheres as mais afetadas. As mais prevalentes são a lombalgia, osteoporose e osteoartrose. Percebe-se assim que ao nível das patologias, os resultados na amostra vão de encontro aos dados da literatura.

A avaliação subjetiva da saúde, enquanto indicador subjetivo, complementa indicadores do estado de saúde mais objetivos como a mortalidade e a morbilidade (Zangão, Mendes & Braga, 2016). Metade da amostra avaliou a sua saúde como “razoável” e cerca de um terço avaliou-a como “fraca”. Para além disso, ter mais idade, ser mulher e ter menor escolaridade tendem a ser fatores para avaliar de pior forma a saúde na amostra. Estes resultados vão de encontro a Vintém (2007); Fernandes (2007); Silva (2014); Calha (2014). Fernandes (2007) refere que a educação é um dos fatores que determinam a avaliação de saúde e acrescenta que interfere na perceção subjetiva de saúde o fator de autoconfiança e capacidade de gestão da saúde é determinado pelo conhecimento e pela informação decorrentes de boas competências escolares e correspondente capital cultural e intelectual.

Observámos que as pessoas na amostra recorrerem sobretudo à sua rede de suporte familiar, mais concretamente aos filhos e cônjuges, quando têm dúvidas acerca da medicação. Esse suporte ajuda a favorecer a adesão à medicação e autogestão na pessoa. Estes dados vão ao encontro ao descrito por DiMatteo (2004) e referido na revisão da literatura, considerando que níveis mais elevados de suporte familiar favorecem a autogestão da mesma.

Os dados recolhidos no estudo demonstram que diariamente 25% da amostra toma 5 medicamentos diferentes e que 47,5% toma entre 6 a 9 medicamentos diferentes. McLean e Le Couteur (2014) referem que uma maior prevalência de doenças conduz a um aumento do

consumo de medicamentos na população idosa. A prescrição de medicamentos é a forma mais comum de intervenção por parte dos médicos e, como consequência, as pessoas idosas consomem diariamente, em média, 2 a 5 medicamentos diferentes, sendo que 20% a 40% consome acima de 5 medicamentos diferentes. É, então, perceptível que a amostra se encontra mais medicada do que o previsto na literatura.

De acordo com os dados do Inquérito Nacional de Saúde do INE e INSA (2009), os medicamentos receitados e tomados pela população visavam, principalmente, ao controlo da hipertensão arterial para ambos os géneros. Para os homens, o segundo tipo de medicamento mais tomado tinha como função a redução do nível de colesterol. A toma de medicamentos para outras doenças cardiovasculares foi referida por 14,4% dos residentes do sexo masculino. O mesmo inquérito estimou que os medicamentos receitados para a dor nas articulações (artroses, artrites) foram consumidos em 2005 por 22,0% dos residentes do sexo feminino. Dados que vão de encontro às patologias mais prevalentes entre a amostra.

Informações disponibilizadas no Inquérito Nacional de Saúde 2014, (INE, 2016c), permitem constatar que 56,1% da população tomou medicamentos prescritos e 23,9% referiu ter consumido medicamentos sem receita médica. A proporção de pessoas idosas que consumiu medicamentos prescritos era aproximadamente o dobro da registada para a restante população e as mulheres tendem a automedicar-se mais que os homens. É ainda possível observar que, de acordo com o mesmo inquérito, com o avançar da idade há um aumento da toma de medicação, mas há também uma diminuição da ingestão de medicamentos não prescritos pelo médico (automedicação).

Na amostra, verificou-se o oposto. As pessoas com 85 e mais anos eram as que se automedicavam mais quando identificavam um sintoma semelhante a um anterior sem procurar um profissional de saúde. No entanto ao nível do género, os dados da amostra foram de encontro ao definido no Inquérito Nacional de Saúde.

É ainda possível verificar que tanto na amostra como no que é referido na literatura por Lopes (2007) e Pons (2016), grande parte das práticas de automedicação são realizadas com medicamentos prescritos pelo médico em situações anteriores. O mesmo foi observado na população em estudo quando 30% das pessoas referiu não ir ao médico quando identificava

um sintoma semelhante a um anterior por já saber o que tomar devido a ter sido aconselhado pelo médico numa situação prévia.

Relativamente aos comportamentos das pessoas na amostra quando detetavam efeitos secundários ou duvidavam da eficácia da medicação, verificou-se que uma das atitudes passava por deixar de tomar a medicação, apresentando-se mais comum entre os homens. O registado vai de encontro ao referido por Pereira et al. (2013), quando comentam que diversas vezes as pessoas deixam de tomar a medicação devido à experiência que têm com o medicamento, podendo essa experiência surgir sob a presença de efeitos secundários. Essa interrupção da medicação por vontade própria encontra-se, como já referido na revisão da literatura, inserida na não-adesão intencional. A não-adesão a regimes terapêuticos ou a interrupção dos mesmos foi descrita por Gordon et al. (2007) como uma consequência de um processo de tomada de decisão por parte do paciente. Os autores defendem que as pessoas têm a sua própria visão sobre os diferentes medicamentos e essa decisão de não-adesão aos mesmos é baseada nas suas crenças e experiências com o medicamento. Acrescentam ainda que os indivíduos do estudo analisavam os riscos e benefícios da toma do medicamento e tomavam a sua decisão de interrupção do regime terapêutico sem recorrer ao médico ou farmacêutico. O mesmo foi verificado nos resultados obtidos com a amostra.

Passando à reflexão da influência da opinião da amostra sobre os profissionais de saúde e a forma como se reflete no processo de gestão da medicação, verificou-se que 27,5% da amostra revelou que considerava o seu médico pouco preocupado e algo desinteressado para com elas. Esses dados são corroborados pela literatura, nomeadamente de acordo com o descrito por Galvão e Janeiro (2013) que caracterizam a fraca comunicação como uma barreira à autogestão. O mesmo é reforçado por Gordon et al. (2007) ao referirem que os profissionais de saúde por vezes não se dedicam a conhecer as expectativas e necessidades de informação que as pessoas têm ou, durante a consulta, não lhes é dada a oportunidade de levantar questões e dúvidas importantes para o indivíduo. Conrad (1985) concorda, ao referir que índices mais elevados de adesão estão associados ao facto de os médicos darem instruções explícitas, informações mais claras e ajustadas às capacidades do seu paciente.

Uma proporção considerável da amostra (25%) referiu sentir dificuldade na compreensão da informação transmitida pelo médico. Essa dificuldade de compreensão da amostra pode-

se encontrar associada a uma baixa escolaridade, devido à dificuldade sentida pelo indivíduo na compreensão do vocabulário técnico-científico utilizado pelo profissional de saúde, podendo conduzir a dificuldades de compreensão das informações disponibilizadas pelo profissional aquando a consulta e ainda em dificuldades de análise e interpretação da bula existente nos medicamentos (Dowse & Ehlers, 2005). Conrad (1985) refere ainda que níveis mais elevados de não-adesão se verificam quando as expectativas do paciente não são correspondidas pelo profissional de saúde e tal ocorre devido a este não ajustar a sua prática ao paciente.

Na amostra foi também verificada a tendência de adaptação da medicação prescrita, quando 22,5% das pessoas refere que, por vezes, adapta a medicação consoante a sua perceção da necessidade da mesma e que não realiza a sua toma de acordo com as recomendações médicas. Lopes (2007) menciona, tal como referido na literatura, o facto do corpo servir de instrumento de monitorização das intervenções, através da automedicação. Isso foi também verificado no estudo de Gordon et al. (2007), ao apurarem que os pacientes assumiam alterar os regimes terapêuticos ou as dosagens de acordo com as suas crenças sobre a eficácia dos mesmos. As ações referidas incluem tomar mais ou menos dosagem de medicamento do que o prescrito pelo médico e também fazer ajustes consoante a perceção de necessidade do mesmo.

No que respeita ao facto de a amostra recorrer aos farmacêuticos para esclarecimento de dúvidas, 87,5% referiu fazê-lo. Tal demonstrou que o farmacêutico funciona como um profissional de proximidade, podendo favorecer a adesão ao tratamento entre os indivíduos.

Estes dados vão de encontro a Lee, Alshehri, Kutbi e Martin (2015), que referem o impacto positivo dos farmacêuticos na doença das pessoas idosas, nomeadamente ao nível do apoio na gestão da doença crónica, devido à presença de regimes terapêuticos complexos que poderão resultar em erros na toma de medicação e na interação entre medicamentos. Pepe e Castro (2000) mencionam que o momento de venda de medicamentos não configura apenas a ocasião em que determinada receita ou prescrição é adquirida e que tão ou mais importante que o medicamento recebido pela pessoa é a informação envolvida e transmitida pelo farmacêutico ao indivíduo.

Analisando o instrumento Questionário Crenças acerca da Medicação, tal como foi descrito aquando a explicação do mesmo, resultados mais elevados no instrumento encontram-se associados a crenças mais fortes sobre: i) os efeitos adversos e aditivos da medicação, ii) a prescrição excessiva de medicamento, iii) a necessidade dos medicamentos e iv) a preocupação com a toma de medicamentos a longo prazo. As crenças mais fortes encontram-se, por sua vez, associadas a valores mais baixos de adesão à medicação e mais elevados de não-adesão intencional. A não-adesão intencional é associada às motivações e às crenças individuais sobre a necessidade dos medicamentos.

Ao nível da Parte I - CG, em diversos estudos sobre doenças crónicas foram encontradas relações em como crenças mais fortes acerca do efeito prejudicial da medicação estão associadas a uma menor adesão terapêutica (Horne et al. 1999; Farmer, Kinmonth & Sutton, 2005; Nair, Levine, Lohfeld & Gerstein, 2007).

Referente à Parte II – CE, Pereira et al. (2013) e Horne et al. (2013) destacam a importância do modelo Necessidade-Preocupação, relativo às CE, para compreender a não adesão. As preocupações com a medicação podem traduzir-se numa reação emocional de medo e ansiedade, levando a uma diminuição da adesão, no entanto, a forma como o indivíduo equilibra as suas preocupações e a sua perceção da necessidade de medicação funcionam como preditores de adesão à doença crónica. Horne et al. (1999) aferiram que as crenças da necessidade de medicação num individuo se sobrepõem às suas crenças sobre a preocupação com os mesmos. Britten (1994) acrescenta que crenças mais fortes sobre a necessidade dos medicamentos e acreditar que os medicamentos não vão ser administrados por muito tempo são fatores preditores de uma maior adesão.

Indivíduos que acreditem nos efeitos nocivos e uso excessivo dos medicamentos (CG), e possuam mais preocupações em relação à medicação (CE), apresentam menor adesão à terapêutica (Pereira et al., 2013).

Crenças mais fortes ao nível das CG potenciam a não adesão ao regime terapêutico. No entanto crenças mais fortes nas CE potenciam a adesão porque, tal como referido anteriormente, as crenças sobre a necessidade do tratamento sobrepõem-se às crenças sobre

a preocupação com o mesmo. Assim, indivíduos com um menor resultado ao nível das CG e com um maior resultado ao nível das CE tenderão a uma maior adesão à medicação.

Na amostra, verificou-se que resultados mais elevados nas CG se encontram associados ao género feminino, menos idade, viuvez e avaliar de pior forma a saúde. Assim, na população em estudo, pessoas que apresentem estas características encontram-se associadas a crenças mais fortes sobre os efeitos nocivos e o excesso de medicação.

Resultados mais elevados nas CE encontram-se associados na amostra ao género feminino, ao aumento de idade, viuvez e avaliar de pior forma a saúde. Estas características relacionam-se com crenças mais fortes sobre a necessidade e preocupação com os medicamentos.

O género masculino, na população estudada, tende a aderir à medicação porque apresenta crenças mais baixas ao nível da toxicidade e efeitos nocivos da medicação e o género feminino devido a apresentar crenças mais fortes acerca da necessidade e preocupação com os medicamentos (modelo necessidade-preocupação). O mesmo se verifica com o efeito da idade: com o aumento da idade há uma diminuição das CG nos indivíduos ao nível da percepção da toxicidade e efeitos nocivos da medicação e um aumento das crenças de necessidade e preocupação, havendo uma maior adesão à medicação nos indivíduos mais velhos da amostra.

Estes resultados vão, em parte, de encontro a Pereira et al. (2013) que verificaram que o género masculino apresenta um menor número de crenças gerais e que as mulheres que aderem à medicação apresentam crenças específicas mais fortes sobre a necessidade da medicação, para além de uma maior preocupação com a medicação. Contudo relativamente à idade não encontraram uma relação explícita.

Não foram encontradas, na literatura, relações entre o instrumento e a avaliação subjetiva da saúde ou o estado civil.

## REFLEXÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo geral caracterizar as representações sociais de pessoas idosas sobre o medicamento e a saúde e explicar de que forma influenciam não só a utilização dos medicamentos mas também como gerem a sua saúde.

Os resultados expostos demonstraram que foi possível alcançar os diversos objetivos específicos inicialmente propostos para o estudo ( i) caracterizar uma população com 65 ou mais anos, previamente selecionada em função dos objetivos da pesquisa num concelho da região centro; ii) Identificar e caracterizar as representações sociais que as pessoas idosas têm sobre os medicamentos e a medicação; iii) Conhecer as suas práticas de gestão da medicação; iv) analisar de que forma as representações sociais que têm sobre os medicamentos influenciam a gestão da sua saúde.)

A forma como as pessoas representam a sua saúde e/ou doença pode afetar o modo como lidam com ela e a gestão que fazem da mesma. O indivíduo, com todas as influências que recebe dos diferentes grupos sociais onde se insere, com as suas crenças e ideologias, funciona como um agente ativo nas decisões que toma sobre o seu próprio tratamento, nomeadamente ao nível da sua terapêutica medicamentosa, do seu nível de adesão e da gestão que faz da mesma.

A opinião que o indivíduo constitui sobre o médico ou outro profissional de saúde e a predisposição com que o profissional trata e aborda a pessoa influencia tanto as crenças desenvolvidas sobre a necessidade de tratamento como o à-vontade que a pessoa sente para esclarecer dúvidas com o profissional em questão. Nas pessoas que identificam uma falta de acompanhamento e preocupação por parte do seu médico, verifica-se uma evidenciada necessidade de apoio por parte dos farmacêuticos para o esclarecimento de dúvidas.

O ajuste da prática do profissional ao seu paciente, nomeadamente ao nível da linguagem utilizada, influencia a perceção que o indivíduo desenvolve acerca da necessidade de tratamento o que, por sua vez, em caso de perceções desajustadas da necessidade resulta numa maior tendência para o ajuste da medicação prescrita por parte da pessoa e menor



cumprimento das recomendações médicas, diminuindo o nível de adesão e favorecendo, por consequência, a automedicação.

Constata-se desta forma que as crenças pessoais que um indivíduo desenvolve tornam-se fatores preditivos do seu comportamento enquanto agente do seu processo de saúde e/ou doença. Uma maior presença de crenças do efeito negativo ou nocivo da medicação e do excesso de ingestão da mesma conduzirão a um indivíduo com uma menor adesão à terapêutica e que respeite menos as prescrições médicas ou conselhos dos profissionais de saúde. Uma presença de crenças mais fortes ao nível da preocupação com a medicação ingerida e de consciencialização da necessidade da mesma para o controlo da doença levarão a um indivíduo com uma maior adesão à medicação e que a gestão realizada da mesma seja mais respeitadora das indicações médicas.

Em concelhos do país envelhecidos onde, para além disso, as pessoas não se encontram próximas dos serviços, a gestão que fazem da sua saúde e/ou doença e, por consequência, do seu regime terapêutico pode ser dificultada. Pessoas mais próximas dos serviços que necessitam terão uma maior facilidade de se deslocarem a eles antes de realizarem uma tomada de decisão relativa à sua medicação. No lado oposto, pessoas que residam numa aldeia do município sem uma farmácia próxima e que revelem dificuldades de deslocação como foi observável na população estudada, não terão o mesmo comportamento.

Refletindo sobre as limitações do estudo desenvolvido, a principal centra-se no tamanho da amostra estudada. Uma amostra mais significativa e representativa da população permitiria alcançar uma maior validade de dados.

No que concerne a orientações para investigações futuras, considera-se que seria pertinente prosseguir o estudo iniciado numa amostra mais representativa da população, o que permitiria obter resultados mais conclusivos e com maior validade.

Um outro objetivo relevante, que não foi considerado nesta pesquisa seria procurar encontrar as relações entre a avaliação subjetiva de saúde realizada pelo sujeito e as crenças que o mesmo tem, dado que não foi possível confirmar os resultados obtidos pela pequena dimensão da amostra.

Uma última consideração decorrente deste trabalho de pesquisa consiste em realizar uma pesquisa comparada para testar os resultados encontrados para Anadia. O objetivo seria selecionar um concelho com características populacionais semelhantes às de Anadia e replicar o estudo, permitindo uma comparação entre populações com características semelhantes com o objetivo de perceber, até que ponto, o ambiente e as características do mesmo influenciam as decisões tomadas ao nível de adesão à terapêutica e da gestão que fazem da mesma.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Centro, I. P. (2016). *Perfil Local de Saúde 2016 – AceS Baixo Vouga*. Disponível em: [http://www.arscentro.min-saude.pt/microsites/psaude2016/PLS2016\\_A23.htm](http://www.arscentro.min-saude.pt/microsites/psaude2016/PLS2016_A23.htm)
- Almeida, H. O., Versiani, E. R., Dias, A. R., Novaes, M. R. C. G., & Trindade, E. M. V. (2007). Adesão a tratamentos entre idosos. *Com. Ciências Saúde*, 18(1), 57-67.
- Alves, L.C., Leimann, B. C. Q., Vasconcelos, M. E. L., Carvalho, M. S., Vasconcelos, A. G. G., Fonseca, T. C. O., Lebrão, M. L., & Laurenti, R. (2007). A influencia das doenças crónicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. *Cadernos Saúde Publica*, 23(8), 1924-1930.
- Andrade, O. G. (2003). Representações sociais de saúde e de doença na velhice. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 25(2), 207-213.
- Britten, N. (1994). Patients' ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population. *British Journal of General Practice*, 44, 465-468.
- Britten, N. (1996). Lay views of drugs and medicines; orthodox and unorthodox accounts. In S. Williams, M. Calnan (Ed.), *Modern Medicine - lay perspectives and experiences*. London: UCL Press (pp. 48-73).
- Calha, A. (2014). Saúde, bem-estar e convivialidade dos idosos – portugal e espanha, diferenças e semelhanças, no contexto europeu. In Universidade do Algarve (Ed.) *Envelhecimento Ativo e Educação* (pp. 30-40).
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). Metodologia da Investigação – Guia para a auto-aprendizagem, Universidade Aberta, Lisboa.
- Carvalho, M. C. D., Júnior, H. A., Raffin, F. N., Campos, M. N., Cruz, M. M. C., & Alves, M. K. S. (2005). Representações sociais do medicamento genérico por farmacêuticos: determinantes do sistema central e periférico. *Cadernos Saúde Pública*, 21(1), 226-234.
- Conrad, P. (1985). The meaning of medications: another look at compliance. *Social Science & Medicine*, 20(1), 29-37.
- Dias, A., Cunha, M., Albuquerque, C., & Andrade, A. (2016). Crenças acerca da medicação e adesão terapêutica em utentes hipertensos. *Revista Servir*, 59(3), 50-59.
- Dias, N. M. O. C. (2014). Variáveis psicossociais associadas à adesão à terapêutica farmacológica em doentes crónicos: conhecimentos, crenças e satisfação com a

informação sobre medicamentos. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal.

DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychology, 23*(2), 207-218.

Direção Geral de Saúde. (2014). *Portugal idade maior em números, 2014: A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade.*

Direção Geral de Saúde. (2015). *A Saúde dos Portugueses: Perspetiva 2015.*

Dowrick, C., Dixon-Woods, M., Holman, H., & Weinman, J. (2005). What is chronic illness? *Chronic Illness, 1*, 1-6.

Dowse, R., & Ehlers, M. (2005). Medicine labels incorporating pictograms: do they influence understanding and adherence? *Patient Education and Counseling, 58*(1), 63-70.

Farmer, A., Kinmonth, A-L., & Sutton, S. (2005). Measuring beliefs about taking hypoglycaemic medication among people with type 2 diabetes. *Diabetic Medicine, 2*, 265-270.

Fernandes, A. A. (2007). Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspetiva europeia (EU15, 1991-2001). *Análise Social, XLII*(183), 419-443.

Figueiras, M. J., Marcelino, D., Cortes, M. A., Horne, R., & Weinman, J. (2007). Crenças de senso comum sobre medicamentos genéricos vs. medicamentos de marca: um estudo piloto sobre diferenças de género. *Análise Psicológica, 3*(XXV), 427-437.

Galvão, M. T., & Janeiro, J. M. S. (2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem, 17*(1), 225-230.

Gordon, K., Smith, F., & Dhillon, S. (2007). Effective chronic disease management: patients' perspectives on medication-related problems. *Patient Education and Counseling, 65*, 407-415.

Grady, P. A., & Gough, L. L. (2014). Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. *American Journal of Public Health, 104*(8), 25-31.

Guimarães, A. D., Sobreira, C. B., & Ewald, A. (2004). Propaganda de medicamentos: a medicalização da sociedade através do consumo. Anais do ComSaúde 2004: VII Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde, Recife, Pernambuco, Brasil.

Holman, H. M., & Lorig, K. R. (2004). Patient self-management: A key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Reports, 119*, 239-243.

- Horne, R. (1999). Patients' beliefs about treatment: The hidden determinant of treatment outcome? *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 491-495.
- Horne, R., Chapman, S. C. E., Parham, R., Freemantle, N., Forbes, A., & Cooper, V. (2013). Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long term conditions: a meta-analytic review of the necessity-concerns framework. *Plos One*, 8(12), 1-22.
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire (BMQ): a new method for assessing cognitive representations of medication. *Psychology and Health*, 10, 1-29.
- Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 185-208.
- Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2016a). *Anuário Estatístico de Portugal 2015*. Lisboa, Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2016b). *Anuário Estatístico da Região Centro 2015*. Lisboa, Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2016c). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa, Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística, I. P., & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa, Portugal.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Lisboa, Portugal.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133.
- Kim, E., Han, H., Jeong, S., Kim, K., Park, H., Kong, E., Shin, H., & Kim, H. (2007). Does knowledge matter? Intentional medication nonadherence among middle-aged korean americans with high blood pressure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(5), 397-404.
- Lee, J., Alshehri, S., Kutbi, H., & Martin, J. (2015). Optimizing pharmacotherapy in elderly patients: the role of pharmacists. *Integrated Pharmacy Research and Practice*, 4, 101-111.

- Liddy, C., Johnston, S., Guilcher, S., Irving, H., Hogel, M., & Jaglal, S. (2015). Impact of a chronic disease self-management program on healthcare utilization in Eastern Ontario, Canada. *Preventive Medicine Reports*, 2, 586-590.
- Lopes, N. M. (2003). Automedicação: práticas e racionalidades sociais. Dissertação de Doutorado. Instituto de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, Portugal.
- Lopes, N. M. (2007). Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78, 119-138.
- Mardby, A. C., Akerlind, I., & Jorgensen, T. (2007). Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy clients. *Patient Education Counseling*, 69(3), 158-164.
- Marotti, J., Galhardo, A. P. M., Furuyama, R. J., Pigozzo, M.N., Campos, T. N., & Laganá, D.C. (2008). Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 20(2), 186-194.
- McLean, A. J., & Le Couteur, D. G. (2004). Aging biology and geriatric clinical pharmacology. *Pharmacological Reviews*, 56, 163-184.
- Nair, K. M., Levine, M. A., Lohfeld, L. H., & Gerstein, H. C. (2007). "I take what I think works for me": A qualitative study to explore patient perception of diabetes treatment benefits and risks. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 14(2), 251-259.
- Neame, R., & Hammond, A. (2005). Beliefs about medications: A questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 44, 762-767.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Resumo: relatório mundial de envelhecimento e saúde*.
- Pepe, V. L. E., & Castro, C. O. (2000). A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cadernos Saúde Pública*, 16(3), 815-822.
- Pereira, K. K. G. (2008). Representações sociais de idosos sobre medicamentos genéricos. Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, Brasil.
- Pereira, M. G., Pedras, S., & Machado, J. C. (2013). Validação do questionário crenças acerca da medicação em pacientes diabéticos tipo 2. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(2), 229-236.
- Pinto, C. C. G. (2011). Representações e práticas do empowerment nos trabalhadores sociais. Tese de Doutorado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas – Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- Pons, E. S. (2016). Autogestão do uso de medicamentos pela população brasileira. Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva (4ª edição).
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: LIDEL (1ª edição).
- Silva, P. A. (2014). Determinantes individuais e sociais do estado de saúde subjetivo e de bem-estar da população sénior em Portugal. *Cadernos Saúde Pública*, 30(11), 1-15.
- Tavares, D. (2016). A perspetiva sociológica e a construção social da saúde e da doença. In D. Tavares (Ed.), *Introdução à sociologia da saúde*. Coimbra: Almedina.
- Teixeira, M. C. T. V., Schulze, C. M. N., & Camargo, B. V. (2002). Representações sociais sobre a saúde na velhice: Um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 351-359.
- Torres, T. L., Camargo, B. V., Bousfield, A. B., & Silva, A. O. (2015). Representações sociais e crenças normativas sobre o envelhecimento. *Ciências e Saúde Colectiva*, 20(12), 3621-3630.
- Vintém, J. M. (2008). Inquéritos nacionais de saúde: Auto-perceção do estado de saúde: Uma análise em torno da questão de género e de escolaridade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(2), 5-16.
- Wachelke, J. F. R., & Camargo, B. V. (2007). Representações sociais, representações individuais e comportamento. *Revista Interamericana de Psicologia*, 41(2), 379-390.
- World Health Organization. (1986). *Guidelines for the assessment of medicinal products for use in self medication*. Copenhagen, Denmark.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Switzerland.
- World Health Organization. (2016). *Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region*. Copenhagen, Denmark.

World Health Organization. (2017). *Noncommunicable diseases*. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

Zangão, O., Mendes, A. Q., & Braga, S. (2016). Estado de saúde vs. Qualidade de vida. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(1), 469-487.

Zorzanelli, R. T., Ortega, F., & Júnior, B. B. (2014). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(6), 1859-1868.



## **ANEXOS**

I – MODELO DE QUESTIONÁRIO

II – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - QUESTIONÁRIO CRENÇAS ACERCA DA MEDICAÇÃO

III – TABELAS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

## I – MODELO DE QUESTIONÁRIO

### Análise Sociodemográfica:

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: Feminino \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_

Estado Civil: Casado \_\_\_\_ Solteiro \_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_ Viúvo \_\_\_\_

Agregado familiar: \_\_\_\_\_

Data de Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Residência: \_\_\_\_\_

Habilitações literárias: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Hospitalização nos últimos meses: **Sim** \_\_\_\_ **Não** \_\_\_\_

Os seus rendimentos chegam até ao fim do mês? **Sim** \_\_\_\_ **Não** \_\_\_\_

Caso necessite, conta com alguma ajuda financeira? **Sim** \_\_\_\_ **Não** \_\_\_\_

### Questões sobre medicação:

1. Como classifica a sua saúde?

1	2	3	4	5
Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca

2. Tem algum problema de saúde? **Sim** \_\_\_\_ **Não** \_\_\_\_

a. Se sim, qual/quais?

3. Sabe, atualmente, que medicação toma e para que efeito? **Sim** \_\_\_\_ **Não** \_\_\_\_

a. Se sim, poderia tentar descrever?

4. Quantas vezes costuma ir, em média, ao médico por mês? **1** \_\_\_\_ **2** \_\_\_\_ **3** \_\_\_\_ **4** \_\_\_\_

**Sou+** \_\_\_\_ **Não vai mensalmente, só quando é necessário** \_\_\_\_

5. Toma conta da sua medicação sozinho? **Sim** \_\_\_\_ **Não** \_\_\_\_

a. Se sim, Quando tem alguma dúvida sobre a medicação a quem recorre?

**Cônjuge** \_\_\_\_ **Filho** \_\_\_\_ **Empregada** \_\_\_\_ **Farmacêutico** \_\_\_\_ **Amigo** \_\_\_\_

**Sobrinho** \_\_\_\_ **Outro** \_\_\_\_

b. Se não, tem apoio de quem? **Cônjuge** \_\_\_\_ **Filho** \_\_\_\_ **Empregada** \_\_\_\_

**Farmacêutico** \_\_\_\_ **Amigo** \_\_\_\_ **Sobrinho** \_\_\_\_ **Outro** \_\_\_\_

6. Quantos medicamentos diferentes toma? **1 a 3** \_\_\_\_ **4 a 7** \_\_\_\_ **Mais de 7** \_\_\_\_

a. A que alturas do dia? **Jejum** \_\_\_\_ **Peq. Almoço** \_\_\_\_ **Almoço** \_\_\_\_ **Lanche** \_\_\_\_

**Jantar** \_\_\_\_ **Deitar** \_\_\_\_

7. Quando tem um sintoma que já sentiu antes, toma um medicamento sem consultar o médico ou farmacêutico? **Sim**\_\_\_ **Não**\_\_\_
8. Se tiver algum sintoma novo o que faz? Consulta Alguém? **Sim**\_\_\_ **Não**\_\_\_
- a. Se sim, quem? **Médico**\_\_\_ **Farmacêutico**\_\_\_ **Vizinho**\_\_\_ **Filhos**\_\_\_ **Cônjuge**\_\_\_  
**Outro**\_\_\_\_\_
- b. Se não, o que faz?
9. Tem dificuldades em aceder à medicação? (monetariamente ou dificuldades de deslocação)
- a. Se sim, porquê?
10. Todos os medicamentos que toma foram prescritos pelo seu médico? **Sim**\_\_\_ **Não**\_\_\_
- a. Se não, quem o aconselhou a tomá-los?
11. O que faz quando sente que algum medicamento não está a ter o efeito que devia?
12. Acha que os médicos receitam: **Demasiados medicamentos**\_\_\_ **Poucos**\_\_\_ **Na dose certa**\_\_\_
13. Sente que tem informação suficiente sobre os medicamentos que toma? **Sim**\_\_\_  
**Não**\_\_\_ **Gostaria de ter mais**\_\_\_
14. Quando vai ao médico gosta que ele lhe passe uma receita médica ou vai à procura de outra coisa?
15. Acha que o seu médico é preocupado e faz as perguntas necessárias para compreender o que realmente tem e necessita? **Sim**\_\_\_ **Não**\_\_\_
- a. Se Não, porquê?
16. Toma os medicamentos sempre de acordo como o médico lhe disse ou toma os medicamentos da forma que acha melhor para si próprio?
17. No caso de saber que há outras soluções sem ser o(s) medicamento(s) que toma, recorre a essas soluções? (Por ex: rezar, fazer um chá, medicamentos naturais, terapias alternativas como acupuntura ou outra)
- a. Se sim, quais?
18. Costuma adquirir os seus medicamentos sempre na mesma farmácia?
- a. Quando tem alguma dúvida acerca de algum medicamento, os farmacêuticos ajudam-no a esclarecê-la?

- b. Na farmácia onde vai, facilitam-lhe o acesso aos medicamentos por já o conhecerem (venda sem ter a receita médica por exemplo)?
- 19. Os medicamentos que toma foram todos receitados pelo mesmo médico ou por médicos diferentes?
- 20. Que estratégias usa para não se esquecer de tomar a sua medicação?

## II - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – QUESTIONÁRIO CRENÇAS ACERCA DA MEDICAÇÃO

### Parte I: Crenças Gerais

(Horne et al., 1999; Versão portuguesa de Pereira et al., 2013)

Por favor, em cada afirmação assinale com um círculo o número que melhor corresponde à sua opinião, usando a seguinte escala:

Discordo totalmente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

	Discordo totalmente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo totalmente
1. Os médicos usam medicamentos a mais	1	2	3	4	5
2. Muitos medicamentos provocam dependência	1	2	3	4	5
3. Os medicamentos fazem mais mal que bem	1	2	3	4	5
4. Os médicos confiam demais nos medicamentos	1	2	3	4	5

## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – QUESTIONÁRIO CRENÇAS ACERCA DA MEDICAÇÃO

### Parte II: Crenças Específicas

(Horne et al., 1999; Versão portuguesa de Pereira et al., 2013)

Por favor, em cada afirmação assinale com um círculo o número que melhor corresponde à sua opinião, usando a seguinte escala:

Discordo totalmente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

	Discordo totalmente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo totalmente
1. Neste momento, a minha saúde depende de medicamentos	1	2	3	4	5
2. A minha vida seria impossível sem medicamentos	1	2	3	4	5
3. Às vezes eu preocupo-me com os efeitos que os medicamentos me podem provocar se eu os tomar durante demasiado tempo	1	2	3	4	5
4. A minha saúde no futuro irá depender de medicamentos	1	2	3	4	5
5. Às vezes eu preocupo-me com a possibilidade de ficar dependente dos meus medicamentos	1	2	3	4	5

### III – TABELAS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

**Tabela 1 - Género e Profissão na amostra**

		Profissão																		
Género			Agriculto ra e Domésti- ca	Agricul- tora/o	Costu- reira	Domés- tica	Empre- gada de hotel	Empre- gada de laboratório	Empre- gada de restaurante	Empre- gada/o fabril	Empre- gado de escri- tório	Empre- sária/o	Estuca- dor	Feiran- te	Pedrei- ro	Profes- sora primá- ria	Recep- cionista	Regente agrícola	Serra- dor	Total
			0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	3	0	1	1	1	11
Género	Masculino	Contagem	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	3	0	1	1	1	11
		% em Género	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	9,1%	9,1%	9,1%	0,0%	27,3%	0,0%	9,1%	9,1%	9,1%	100,0%
		% do Total	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	0,0%	7,5%	0,0%	2,5%	2,5%	2,5%	27,5%
	Feminino	Contagem	1	10	3	6	1	1	2	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	29
		% em Género	3,4%	34,5%	10,3%	20,7%	3,4%	3,4%	6,9%	3,4%	3,4%	3,4%	0,0%	3,4%	0,0%	3,4%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	2,5%	25,0%	7,5%	15,0%	2,5%	2,5%	5,0%	2,5%	2,5%	2,5%	0,0%	2,5%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	72,5%
Total	Contagem		1	11	3	6	1	1	2	2	2	2	1	1	3	1	1	1	1	40
	% do Total		2,5%	27,5%	7,5%	15,0%	2,5%	2,5%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	2,5%	2,5%	7,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	100,0%

**Tabela 2 - Estado Civil e Avaliação Subjetiva de Saúde na amostra**

			Como classifica a sua saúde?				
			Muito boa	Boa	Razoável	Fraca	Total
Estado Civil	Casado	Contagem	1	2	15	4	22
		% em Estado Civil	4,5%	9,1%	68,2%	18,2%	100,0%
		% do Total	2,5%	5,0%	37,5%	10,0%	55,0%
	Divorciado	Contagem	0	0	1	0	1
		% em Estado Civil	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	2,5%
	Viúvo	Contagem	0	3	4	10	17
		% em Estado Civil	0,0%	17,6%	23,5%	58,8%	100,0%
		% do Total	0,0%	7,5%	10,0%	25,0%	42,5%
Total	Contagem	1	5	20	14	40	
	% do Total	2,5%	12,5%	50,0%	35,0%	100,0%	



**Tabela 3 – Escolaridade e Avaliação Subjetiva de Saúde na amostra**

			Como classifica a sua saúde?				Total
			Muito boa	Boa	Razoável	Fraca	
Escolaridade	Analfabeto	Contagem	0	0	2	3	5
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	40,0%	<b>60,0%</b>	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	5,0%	7,5%	12,5%
	1ª classe	Contagem	0	0	0	3	3
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	7,5%	7,5%
	3ª classe	Contagem	0	1	6	2	9
		% em Escolaridade	0,0%	11,1%	<b>66,7%</b>	22,2%	100,0%
		% do Total	0,0%	2,5%	15,0%	5,0%	22,5%
	4ª classe	Contagem	1	2	6	5	14
		% em Escolaridade	7,1%	14,3%	<b>42,9%</b>	35,7%	100,0%
		% do Total	2,5%	5,0%	15,0%	12,5%	35,0%
	5º ano	Contagem	0	0	3	0	3
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	7,5%	0,0%	7,5%
	9º ano	Contagem	0	2	2	0	4
		% em Escolaridade	0,0%	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	5,0%	5,0%	0,0%	10,0%
	Bacharelato	Contagem	0	0	1	1	2
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	2,5%	2,5%	5,0%
Total	Contagem		1	5	20	14	40
	% do Total		2,5%	12,5%	50,0%	35,0%	100,0%

**Tabela 4 - Género e Doenças do aparelho cardiovascular na amostra**

			Doenças do aparelho circulatório		
			Sim	Não	Total
Género	Masculino	Contagem	6	5	11
		% em Género	54,5%	45,5%	100,0%
		% do Total	15,0%	12,5%	27,5%
	Feminino	Contagem	10	19	29
		% em Género	34,5%	65,5%	100,0%
		% do Total	25,0%	47,5%	72,5%
	Total	Contagem	16	24	40
		% do Total	40,0%	60,0%	100,0%

**Tabela 5 - Género e Doenças do aparelho respiratório na amostra**

		Doenças do aparelho respiratório			
		Sim	Não	Total	
Género	Masculino	Contagem	4	7	11
		% em Género	36,4%	63,6%	100,0%
		% do Total	10,0%	17,5%	27,5%
	Feminino	Contagem	5	24	29
		% em Género	17,2%	82,8%	100,0%
		% do Total	12,5%	60,0%	72,5%
Total	Contagem	9	31	40	
	% do Total	22,5%	77,5%	100,0%	

**Tabela 6 - Género e Doenças do aparelho digestivo na amostra**

		Doenças do aparelho digestivo			
		Sim	Não	Total	
Género	Masculino	Contagem	3	8	11
		% em Género	27,3%	72,7%	100,0%
		% do Total	7,5%	20,0%	27,5%
	Feminino	Contagem	5	24	29
		% em Género	17,2%	82,8%	100,0%
		% do Total	12,5%	60,0%	72,5%
Total	Contagem	8	32	40	
	% do Total	20,0%	80,0%	100,0%	

**Tabela 7 - Género e Doenças do aparelho endócrino na amostra**

			Doenças do aparelho endócrino		Total
			Sim	Não	
Género	Masculino	Contagem	0	11	11
		% em Género	0,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	27,5%	27,5%
	Feminino	Contagem	7	22	29
		% em Género	24,1%	75,9%	100,0%
		% do Total	17,5%	55,0%	72,5%
Total	Contagem		7	33	40
	% do Total		17,5%	82,5%	100,0%

**Tabela 8 - Género e Doenças do aparelho urinário na amostra**

			Doenças do aparelho urinário		Total
			Sim	Não	
Género	Masculino	Contagem	3	8	11
		% em Género	27,3%	72,7%	100,0%
		% do Total	7,5%	20,0%	27,5%
	Feminino	Contagem	3	26	29
		% em Género	10,3%	89,7%	100,0%
		% do Total	7,5%	65,0%	72,5%
Total	Contagem		6	34	40
	% do Total		15,0%	85,0%	100,0%

**Tabela 9 - Género e Doenças do aparelho reprodutor na amostra**

			Doenças do aparelho reprodutor		Total
			Sim	Não	
Género	Masculino	Contagem	2	9	11
		% em Género	18,2%	81,8%	100,0%
		% do Total	5,0%	22,5%	27,5%
	Feminino	Contagem	0	29	29
		% em Género	0,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	72,5%	72,5%
Total	Contagem		2	38	40
	% do Total		5,0%	95,0%	100,0%

**Tabela 10 - Género e Doença do sistema nervoso na amostra**

			Doença do sistema nervoso		
			Sim	Não	Total
Sexo	Masculino	Contagem	1	10	11
		% em Género	9,1%	90,9%	100,0%
		% do Total	2,5%	25,0%	27,5%
	Feminino	Contagem	3	26	29
		% em Género	10,3%	89,7%	100,0%
		% do Total	7,5%	65,0%	72,5%
Total	Contagem	4	36	40	
	% do Total	10,0%	90,0%	100,0%	

**Tabela 11 - Género e Diabetes na amostra**

			Diabetes		
			Sim	Não	Total
Género	Masculino	Contagem	2	9	11
		% em Género	18,2%	81,8%	100,0%
		% do Total	5,0%	22,5%	27,5%
	Feminino	Contagem	5	24	29
		% em Género	17,2%	82,8%	100,0%
		% do Total	12,5%	60,0%	72,5%
Total	Contagem	7	33	40	
	% do Total	17,5%	82,5%	100,0%	

**Tabela 12 - Género e Neoplasia na amostra**

			Neoplasia		
			Sim	Não	Total
Género	Masculino	Contagem	0	11	11
		% em Género	0,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	27,5%	27,5%
	Feminino	Contagem	2	27	29
		% em Género	6,9%	93,1%	100,0%
		% do Total	5,0%	67,5%	72,5%
Total	Contagem	2	38	40	
	% do Total	5,0%	95,0%	100,0%	

**Tabela 13 – Deslocação mensal ao médico na amostra**

	Freq	%
1x/mês	10	25,0
Só quando é necessário	30	75,0
Total	40	100,0

**Tabela 14 -Toma conta da sua medicação na amostra**

	Freq	%
Sim	38	95,0
Não	2	5,0
Total	40	100,0

**Tabela 15 - Dúvida sobre a medicação na amostra**

	Freq	%
Cônjuge	<b>13</b>	32,5
Filho	<b>14</b>	35,0
Farmacêutico	<b>6</b>	15,0
Médico	1	2,5
Nora	2	5,0
Neta	1	2,5
Vizinha	1	2,5
Total	38	95,0
Omisso 999	2	5,0
Total	40	100,0

**Tabela 16 – Número de medicamentos diferentes na amostra**

	Freq	%
1	<b>2</b>	<b>5,0</b>
2	2	5,0
3	3	7,5
4	4	10,0
5	<b>10</b>	<b>25,0</b>
6	8	20,0
7	3	7,5
8	6	15,0
9	<b>2</b>	<b>5,0</b>
Total	40	100,0

**Tabela 17 - Medicação em jejum na amostra**

	Freq	%
Sim	14	35,0
Não	26	65,0
Total	40	100,0

**Tabela 18 - Medicação ao pequeno-almoço na amostra**

	Freq	%
Sim	37	92,5
Não	3	7,5
Total	40	100,0

**Tabela 19 - Medicação ao almoço na amostra**

	Freq	%
Sim	20	50,0
Não	20	50,0
Total	40	100,0

**Tabela 20 - Medicação ao lanche na amostra**

	Freq	%
Sim	2	5,0
Não	38	95,0
Total	40	100,0

**Tabela 21 - Medicação ao jantar na amostra**

	Freq	%
Sim	29	72,5
Não	11	27,5
Total	40	100,0

**Tabela 22 - Medicação ao deitar na amostra**

	Freq	%
Sim	4	10,0
Não	36	90,0
Total	40	100,0

**Tabela 23 - Classes de Idade e Tomar um medicamento sem consultar o médico ou farmacêutico na amostra**

			Quando tem um sintoma que já sentiu antes, toma um medicamento sem consultar o médico ou farmacêutico?		
			Sim	Não	Total
Classes de Idade	65-74	Contagem	10	6	16
		% em Classes de Idade	62,5%	37,5%	100,0%
		% do Total	25,0%	15,0%	40,0%
	75-84	Contagem	9	10	19
		% em Classes de Idade	47,4%	52,6%	100,0%
		% do Total	22,5%	25,0%	47,5%
	85+	Contagem	5	0	5
		% em Classes de Idade	100,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	12,5%	0,0%	12,5%
Total	Contagem		24	16	40
	% do Total		60,0%	40,0%	100,0%

**Tabela 24 - Género e Tomar um medicamento sem consultar o médico ou farmacêutico na amostra**

			Quando tem um sintoma que já sentiu antes, toma um medicamento sem consultar o médico ou farmacêutico?		
			Sim	Não	Total
Género	Masculino	Contagem	5	6	11
		% em Género	45,5%	<b>54,5%</b>	100,0%
		% do Total	12,5%	15,0%	27,5%
	Feminino	Contagem	19	10	29
		% em Género	<b>65,5%</b>	34,5%	100,0%
		% do Total	47,5%	25,0%	72,5%
Total	Contagem		24	16	40
	% do Total		60,0%	40,0%	100,0%

**Tabela 25 – Pessoa a que recorre quando identifica um sintoma novo na amostra**

	Freq	%
Filho	1	2,5
Médico	13	32,5
Médico, Cônjuge	4	10,0
Médico, Farmacêutico	7	17,5
Médico, Filho	12	30,0
Médico, Neta	1	2,5
Médico, Neta, Nora	1	2,5
Nora	1	2,5
Total	40	100,0

**Tabela 26 - Dificuldades em aceder à medicação na amostra**

	Freq	%
Sim	23	57,5
Não	17	42,5
Total	40	100,0

**Tabela 27 - Dificuldades de deslocação no acesso à medicação na amostra**

	Freq	%
Sim	23	57,5
Não	17	42,5
Total	40	100,0

**Tabela 28 – Dificuldades monetárias no acesso à medicação na amostra**

	Freq	%
Sim	6	15,0
Não	34	85,0
Total	40	100,0

**Tabela 29 - Género e Dificuldades em aceder à medicação na amostra**

			Dificuldades em aceder à medicação		
			Sim	Não	Total
Género	Masculino	Contagem	1	10	11
		% em Género	9,1%	90,9%	100,0%
		% do Total	2,5%	25,0%	27,5%
	Feminino	Contagem	22	7	29
		% em Género	75,9%	24,1%	100,0%
		% do Total	55,0%	17,5%	72,5%
Total	Contagem	23	17	40	
	% do Total	57,5%	42,5%	100,0%	



**Tabela 30 - Classes de Idade e Dificuldades em aceder à medicação na amostra**

			Dificuldades em aceder à medicação		Total
			Sim	Não	
Classes de Idade	65-74	Contagem	8	8	16
		% em Classes de Idade	50,0%	50,0%	100,0%
		% do Total	20,0%	20,0%	40,0%
	75-84	Contagem	10	9	19
		% em Classes de Idade	52,6%	47,4%	100,0%
		% do Total	25,0%	22,5%	47,5%
	85+	Contagem	5	0	5
		% em Classes de Idade	100,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	12,5%	0,0%	12,5%
Total	Contagem		23	17	40
	% do Total		57,5%	42,5%	100,0%

**Tabela 31 – Género e Dificuldades monetárias no acesso à medicação na amostra**

			Sente dificuldades monetárias no acesso à medicação?		Total
			Sim	Não	
Género	Masculino	Contagem	0	11	11
		% em Género	0,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	27,5%	27,5%
	Feminino	Contagem	6	23	29
		% em Género	20,7%	79,3%	100,0%
		% do Total	15,0%	57,5%	72,5%
	Total	Contagem	6	34	40
		% do Total	15,0%	85,0%	100,0%

**Tabela 32 - Género e Dificuldades de deslocação no acesso à medicação na amostra**

			Sente dificuldades de deslocação no acesso à medicação?		Total
			Sim	Não	
Género	Masculino	Contagem	1	10	11
		% em Género	9,1%	90,9%	100,0%
		% do Total	2,5%	25,0%	27,5%
	Feminino	Contagem	22	7	29
		% em Género	75,9%	24,1%	100,0%
		% do Total	55,0%	17,5%	72,5%
	Total	Contagem	23	17	40
		% do Total	57,5%	42,5%	100,0%

**Tabela 33 - Classes de Idade e Dificuldades de deslocação no acesso à medicação na amostra**

			Sente dificuldades de deslocação no acesso à medicação?		Total
			Sim	Não	
Classes de Idade	65-74	Contagem	8	8	16
		% em Classes de Idade	50,0%	50,0%	100,0%
		% do Total	20,0%	20,0%	40,0%
	75-84	Contagem	10	9	19
		% em Classes de Idade	52,6%	47,4%	100,0%
		% do Total	25,0%	22,5%	47,5%
	85+	Contagem	5	0	5
		% em Classes de Idade	100,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	12,5%	0,0%	12,5%
Total	Contagem		23	17	40
	% do Total		57,5%	42,5%	100,0%

**Tabela 34 - Estado Civil e Dificuldades de deslocação no acesso à medicação na amostra**

			Sente dificuldades de deslocação no acesso à medicação?		Total
			Sim	Não	
Estado Civil	Casado	Contagem	7	15	22
		% em Estado Civil	<b>31,8%</b>	68,2%	100,0%
		% do Total	17,5%	37,5%	55,0%
	Divorciado	Contagem	1	0	1
		% em Estado Civil	100,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	2,5%	0,0%	2,5%
	Viúvo	Contagem	15	2	17
		% em Estado Civil	<b>88,2%</b>	11,8%	100,0%
		% do Total	37,5%	5,0%	42,5%
Total	Contagem		23	17	40
	% do Total		57,5%	42,5%	100,0%

**Tabela 35 - Género e Duvida da eficácia da medicação na amostra**

			O que faz quando sente que algum medicamento não está a ter o efeito que devia?						Total
			Espero que passe	Vou ao médico	Paro de tomar	Nunca aconteceu	Digo ao filho/a	Passo na farmácia	
Género	Masculino	Contagem	0	4	4	1	0	2	11
		% em Género	0,0%	36,4%	36,4%	9,1%	0,0%	18,2%	100,0%
		% do Total	0,0%	10,0%	10,0%	2,5%	0,0%	5,0%	27,5%
	Feminino	Contagem	5	15	3	3	2	1	29
		% em Género	17,2%	51,7%	10,3%	10,3%	6,9%	3,4%	100,0%
		% do Total	12,5%	37,5%	7,5%	7,5%	5,0%	2,5%	72,5%
Total	Contagem		5	19	7	4	2	3	40
	% do Total		12,5%	47,5%	17,5%	10,0%	5,0%	7,5%	100,0%

**Tabela 36 - Escolaridade e Dúvida da eficácia da medicação na amostra**

			O que faz quando sente que algum medicamento não está a ter o efeito que devia?						
			Espero que passe	Vou ao médico	Paro de tomar	Nunca aconteceu	Digo ao filho/a	Passo na farmácia	Total
Escolaridade	Analfabeto	Contagem	2	3	0	0	0	0	5
		% em	40,0%	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Escolaridade							
		% do Total	5,0%	7,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%
	1ª classe	Contagem	0	1	1	0	1	0	3
		% em	0,0%	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	100,0%
		Escolaridade							
		% do Total	0,0%	2,5%	2,5%	0,0%	2,5%	0,0%	7,5%
	3ª classe	Contagem	1	3	0	2	1	2	9
		% em	11,1%	33,3%	0,0%	22,2%	11,1%	22,2%	100,0%
		Escolaridade							
		% do Total	2,5%	7,5%	0,0%	5,0%	2,5%	5,0%	22,5%
	4ª classe	Contagem	1	7	4	2	0	0	14
		% em	7,1%	50,0%	28,6%	14,3%	0,0%	0,0%	100,0%
		Escolaridade							
		% do Total	2,5%	17,5%	10,0%	5,0%	0,0%	0,0%	35,0%
	5º ano	Contagem	1	1	1	0	0	0	3
		% em	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Escolaridade							
		% do Total	2,5%	2,5%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	7,5%
	9º ano	Contagem	0	3	1	0	0	0	4
		% em	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Escolaridade							
		% do Total	0,0%	7,5%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%
Bacharelato	Contagem	0	1	0	0	0	1	2	
	% em	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%	
	Escolaridade								
	% do Total	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	5,0%	
Total	Contagem	5	19	7	4	2	3	40	
	% do Total	12,5%	47,5%	17,5%	10,0%	5,0%	7,5%	100,0%	

**Tabela 37 – Estratégias para tomar a medicação na amostra**

	Freq	%
1	21	<b>52,5</b>
2	8	20,0
3	9	22,5
4	2	<b>5,0</b>
Total	40	100,0

**Tabela 38 - Classes de Idade e Número de medicamentos receitados na amostra**

			Acha que os médicos receitam:		
			Demasiados		
			Medicamentos	Na dose certa	Total
Classes de Idade	65-74	Contagem	5	11	16
		% em Classes de Idade	31,3%	68,8%	100,0%
		% do Total	12,5%	27,5%	40,0%
	75-84	Contagem	8	11	19
		% em Classes de Idade	42,1%	57,9%	100,0%
		% do Total	20,0%	27,5%	47,5%
	85+	Contagem	3	2	5
		% em Classes de Idade	60,0%	40,0%	100,0%
		% do Total	7,5%	5,0%	12,5%
Total	Contagem		16	24	40
	% do Total		40,0%	60,0%	100,0%

**Tabela 39 - Escolaridade e Número de medicamentos receitados na amostra**

			Acha que os médicos receitam:		
			Demasiados		
			Medicamentos	Na dose certa	Total
Escolaridade	Analfabeto	Contagem	4	1	5
		% em Escolaridade	<b>80,0%</b>	20,0%	100,0%
		% do Total	10,0%	2,5%	12,5%
	1ª classe	Contagem	1	2	3
		% em Escolaridade	33,3%	66,7%	100,0%
		% do Total	2,5%	5,0%	7,5%
	3ª classe	Contagem	3	6	9
		% em Escolaridade	33,3%	66,7%	100,0%
		% do Total	7,5%	15,0%	22,5%
	4ª classe	Contagem	6	8	14
		% em Escolaridade	42,9%	57,1%	100,0%
		% do Total	15,0%	20,0%	35,0%

Total	5º ano	Contagem	1	2	3
		% em Escolaridade	33,3%	66,7%	100,0%
		% do Total	2,5%	5,0%	7,5%
	9º ano	Contagem	1	3	4
		% em Escolaridade	25,0%	75,0%	100,0%
		% do Total	2,5%	7,5%	10,0%
	Bacharelato	Contagem	0	2	2
		% em Escolaridade	0,0%	<b>100,0%</b>	100,0%
		% do Total	0,0%	5,0%	5,0%
Total	Contagem		16	24	40
	% do Total		40,0%	60,0%	100,0%

**Tabela 40 - Género e Informação sobre os medicamentos na amostra**

		Sente que tem informação suficiente sobre os medicamentos que toma?				
		Gostaria de ter			Total	
		Sim	Não	mais		
Género	Masculino	Contagem	7	0	4	11
		% em Género	63,6%	0,0%	36,4%	100,0%
		% do Total	17,5%	0,0%	10,0%	27,5%
	Feminino	Contagem	20	1	8	29
		% em Género	69,0%	3,4%	27,6%	100,0%
		% do Total	50,0%	2,5%	20,0%	72,5%
Total	Contagem	27	1	12	40	
	% do Total	67,5%	2,5%	30,0%	100,0%	

**Tabela 41 - Escolaridade e Informação sobre os medicamentos na amostra**

			Sente que tem informação suficiente sobre os medicamentos que toma?			
			Gostaria de ter			Total
			Sim	Não	mais	
Escolaridade	Analfabeto	Contagem	4	0	1	5
		% em Escolaridade	80,0%	0,0%	20,0%	100,0%
		% do Total	10,0%	0,0%	2,5%	12,5%
	1ª classe	Contagem	1	0	2	3
		% em Escolaridade	33,3%	0,0%	<b>66,7%</b>	100,0%
		% do Total	2,5%	0,0%	5,0%	7,5%
	3ª classe	Contagem	6	1	2	9
		% em Escolaridade	66,7%	11,1%	22,2%	100,0%
		% do Total	15,0%	2,5%	5,0%	22,5%
	4ª classe	Contagem	10	0	4	14
		% em Escolaridade	71,4%	0,0%	28,6%	100,0%
		% do Total	25,0%	0,0%	10,0%	35,0%
	5º ano	Contagem	2	0	1	3
		% em Escolaridade	66,7%	0,0%	33,3%	100,0%
		% do Total	5,0%	0,0%	2,5%	7,5%
	9º ano	Contagem	3	0	1	4
		% em Escolaridade	75,0%	0,0%	25,0%	100,0%
		% do Total	7,5%	0,0%	2,5%	10,0%
	Bacharelato	Contagem	1	0	1	2
		% em Escolaridade	50,0%	0,0%	<b>50,0%</b>	100,0%
		% do Total	2,5%	0,0%	2,5%	5,0%
Total	Contagem		27	1	12	40
	% do Total		67,5%	2,5%	30,0%	100,0%

**Tabela 42 - Classes de Idade e Informação sobre os medicamentos na amostra**

			Sente que tem informação suficiente sobre os medicamentos que toma?			
			Gostaria de			Total
			Sim	Não	ter mais	
Classes de Idade	65-74	Contagem	11	0	5	16
		% em Classes de Idade	68,8%	0,0%	<b>31,3%</b>	100,0%
		% do Total	27,5%	0,0%	12,5%	40,0%
	75-84	Contagem	12	1	6	19
		% em Classes de Idade	63,2%	5,3%	31,6%	100,0%
		% do Total	30,0%	2,5%	15,0%	47,5%
	85+	Contagem	4	0	1	5
		% em Classes de Idade	80,0%	0,0%	<b>20,0%</b>	100,0%
		% do Total	10,0%	0,0%	2,5%	12,5%
Total	Contagem		27	1	12	40
	% do Total		67,5%	2,5%	30,0%	100,0%

**Tabela 43 - Médico preocupado por compreender o que realmente tem e necessita na amostra**

	Freq	%
Sim	29	72,5
Não	11	27,5
Total	40	100,0

**Tabela 44 - Género e Médico preocupado por compreender o que realmente tem e necessita na amostra**

			Acha que o seu médico é preocupado e faz as perguntas necessárias para compreender o que realmente tem e necessita?		
			Sim	Não	Total
Género	Masculino	Contagem	8	3	11
		% em Género	72,7%	27,3%	100,0%
		% do Total	20,0%	7,5%	27,5%
	Feminino	Contagem	21	8	29
		% em Género	72,4%	27,6%	100,0%
		% do Total	52,5%	20,0%	72,5%
Total	Contagem		29	11	40
	% do Total		72,5%	27,5%	100,0%



**Tabela 45 - Classes de Idade e Médico preocupado por compreender o que realmente tem e necessita na amostra**

			Acha que o seu médico é preocupado e faz as perguntas necessárias para compreender o que realmente tem e necessita?		
			Sim	Não	Total
Classes de Idade	65-74	Contagem	12	4	16
		% em Classes de Idade	75,0%	25,0%	100,0%
		% do Total	30,0%	10,0%	40,0%
	75-84	Contagem	13	6	19
		% em Classes de Idade	68,4%	31,6%	100,0%
		% do Total	32,5%	15,0%	47,5%
	85+	Contagem	4	1	5
		% em Classes de Idade	80,0%	20,0%	100,0%
		% do Total	10,0%	2,5%	12,5%
Total	Contagem		29	11	40
	% do Total		72,5%	27,5%	100,0%

**Tabela 46 - Escolaridade e Médico preocupado por compreender o que realmente tem e necessita na amostra**

			Acha que o seu médico é preocupado e faz as perguntas necessárias para compreender o que realmente tem e necessita?		
			Sim	Não	Total
Escolaridade	Analfabeto	Contagem	2	3	5
		% em Escolaridade	40,0%	60,0%	100,0%
		% do Total	5,0%	7,5%	12,5%
	1ª classe	Contagem	2	1	3
		% em Escolaridade	66,7%	33,3%	100,0%
		% do Total	5,0%	2,5%	7,5%
	3ª classe	Contagem	7	2	9
		% em Escolaridade	77,8%	22,2%	100,0%
		% do Total	17,5%	5,0%	22,5%
	4ª classe	Contagem	10	4	14
		% em Escolaridade	71,4%	28,6%	100,0%
		% do Total	25,0%	10,0%	35,0%
	5º ano	Contagem	2	1	3
		% em Escolaridade	66,7%	33,3%	100,0%
		% do Total	5,0%	2,5%	7,5%
	9º ano	Contagem	4	0	4
		% em Escolaridade	100,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	10,0%	0,0%	10,0%
	Bacharelato	Contagem	2	0	2
		% em Escolaridade	100,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	5,0%	0,0%	5,0%
Total		Contagem	29	11	40
		% do Total	72,5%	27,5%	100,0%

**Tabela 47 - Escolaridade e Toma de medicamentos na amostra**

			Toma os medicamentos sempre de acordo com o que o médico lhe disse ou da forma como acha que é melhor para si próprio?		
			Como acha melhor		Total
			Como o médico diz	para si	
Escolaridade	Analfabeto	Contagem	3	2	5
		% em Escolaridade	<b>60,0%</b>	40,0%	100,0%
		% do Total	7,5%	5,0%	12,5%
	1ª classe	Contagem	2	1	3
		% em Escolaridade	66,7%	33,3%	100,0%
		% do Total	5,0%	2,5%	7,5%
	3ª classe	Contagem	6	3	9
		% em Escolaridade	66,7%	33,3%	100,0%
		% do Total	15,0%	7,5%	22,5%
	4ª classe	Contagem	12	2	14
		% em Escolaridade	85,7%	14,3%	100,0%
		% do Total	30,0%	5,0%	35,0%
	5º ano	Contagem	3	0	3
		% em Escolaridade	100,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	7,5%	0,0%	7,5%
	9º ano	Contagem	2	2	4
		% em Escolaridade	50,0%	50,0%	100,0%
		% do Total	5,0%	5,0%	10,0%
	Bacharelato	Contagem	2	0	2
		% em Escolaridade	<b>100,0%</b>	0,0%	100,0%
		% do Total	5,0%	0,0%	5,0%
Total	Contagem		30	10	40
	% do Total		75,0%	25,0%	100,0%

**Tabela 48 – Avaliação Subjetiva de Saúde e Toma de medicamentos na amostra**

			Toma os medicamentos sempre de acordo com o que o médico lhe disse ou da forma como acha que é melhor para si próprio?		
			Como acha melhor		
			Como o médico diz	para si	Total
Como classifica a sua saúde?	Muito boa	Contagem	1	0	1
		% em Como classifica a sua saúde?	100,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	2,5%	0,0%	2,5%
	Boa	Contagem	4	1	5
		% em Como classifica a sua saúde?	80,0%	20,0%	100,0%
		% do Total	10,0%	2,5%	12,5%
	Razoável	Contagem	15	5	20
		% em Como classifica a sua saúde?	75,0%	25,0%	100,0%
		% do Total	37,5%	12,5%	50,0%
	Frac	Contagem	10	4	14
		% em Como classifica a sua saúde?	71,4%	28,6%	100,0%
		% do Total	25,0%	10,0%	35,0%
Total	Contagem	30	10	40	
	% do Total	75,0%	25,0%	100,0%	

**Tabela 49 – Farmácia onde adquire os medicamentos na amostra**

	Freq	%
Sim	31	77,5
Conforme dá jeito	9	22,5
Total	40	100,0

**Tabela 50 - Total Crenças Gerais na amostra**

	Freq	%
8	<b>2</b>	<b>5,0</b>
9	2	5,0
10	8	20,0
11	2	5,0
12	7	17,5
13	4	10,0
14	9	22,5
15	3	7,5
16	2	5,0
18	<b>1</b>	<b>2,5</b>
Total	40	100,0

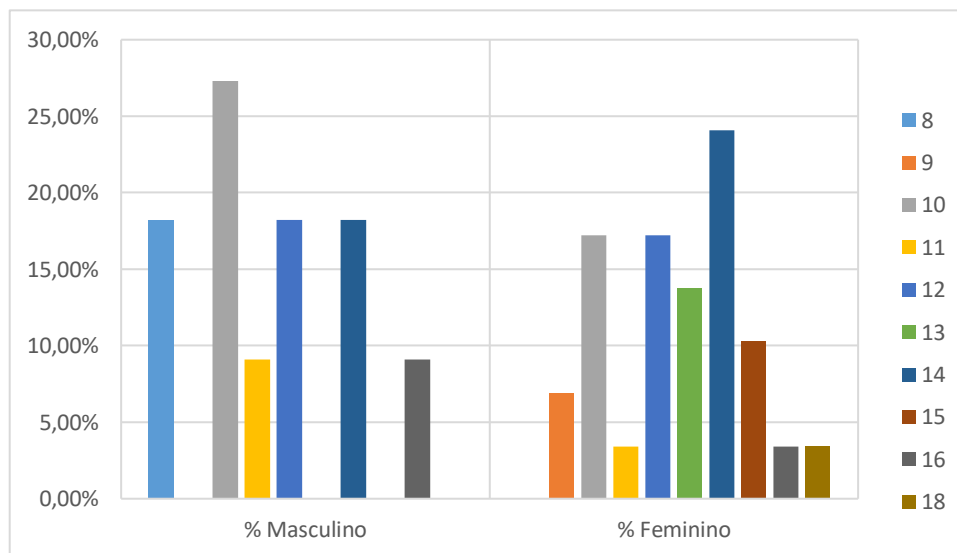
**Tabela 51 - Total Crenças Específicas na amostra**

	Freq	%
10	<b>1</b>	<b>2,5</b>
11	1	2,5
12	6	15,0
13	1	2,5
14	3	7,5
16	7	17,5
17	4	10,0
18	12	30,0
19	2	5,0
20	2	5,0
23	<b>1</b>	<b>2,5</b>
Total	40	100,0

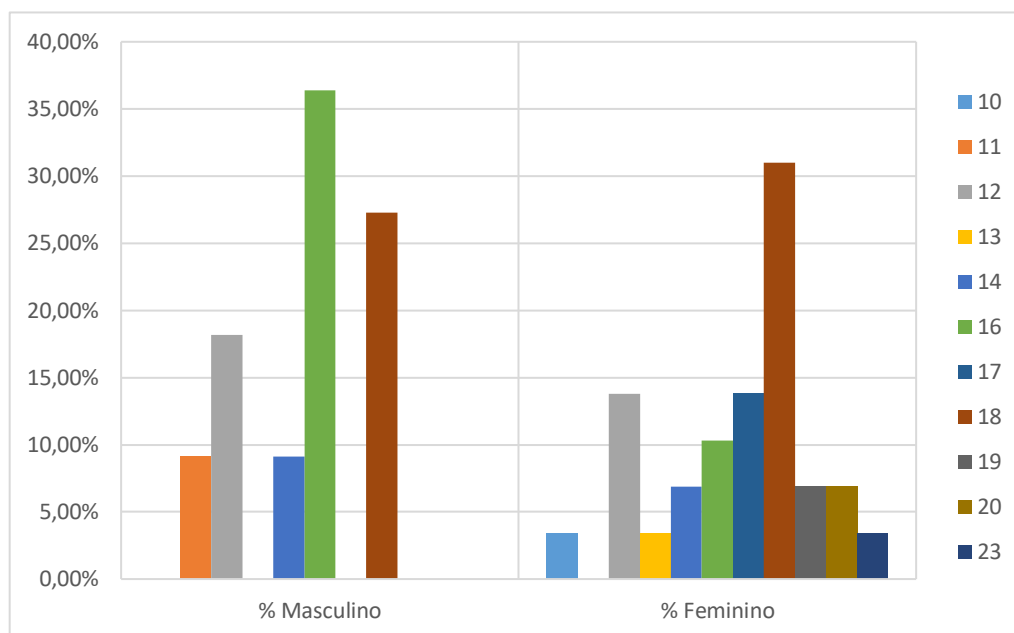
**Tabela 52 - Total Crenças Gerais com Crenças Específicas na amostra**

	Freq	%
21	<b>2</b>	<b>5,0</b>
22	2	5,0
23	1	2,5
24	3	7,5
25	1	2,5
26	3	7,5
27	2	5,0
28	4	10,0
29	3	7,5
30	5	12,5
31	4	10,0
32	5	12,5
33	3	7,5
34	<b>2</b>	<b>5,0</b>
Total	40	100,0

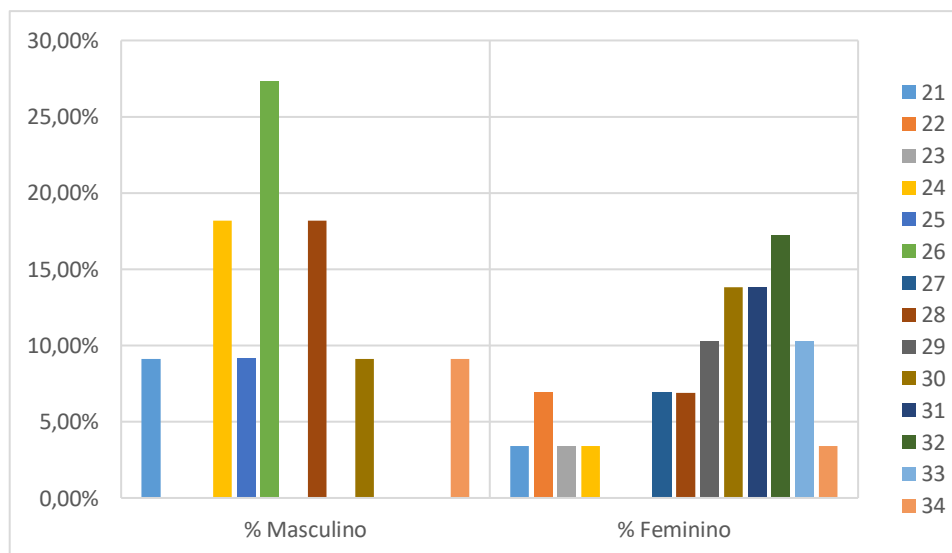
**Gráfico 1 – Género e Crenças Gerais na amostra**



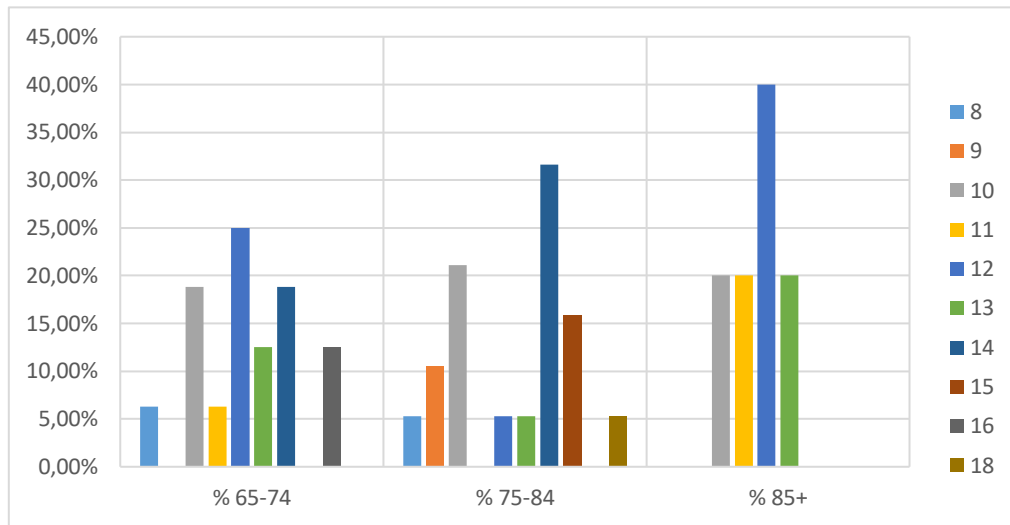
**Gráfico 2 – Género e Crenças Específicas na amostra**



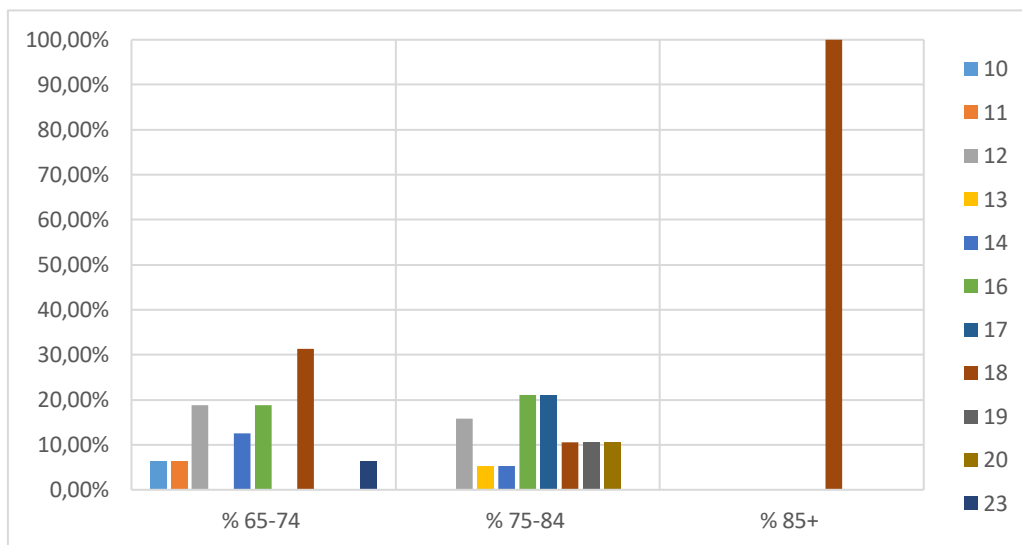
**Gráfico 3 – Género e Crenças Gerais e Específicas na amostra**



**Gráfico 4 – Idade com Crenças Gerais na amostra**

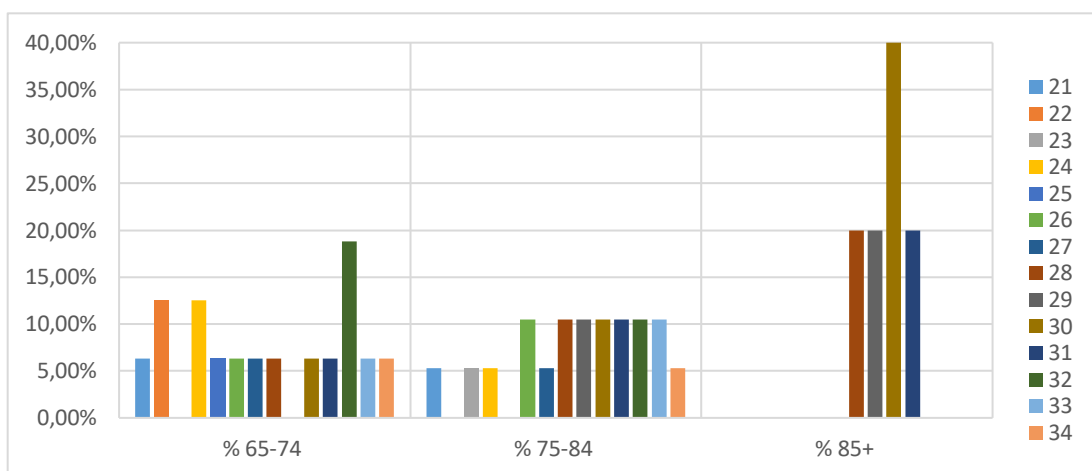


**Gráfico 5 – Idade com Crenças Específicas na amostra**

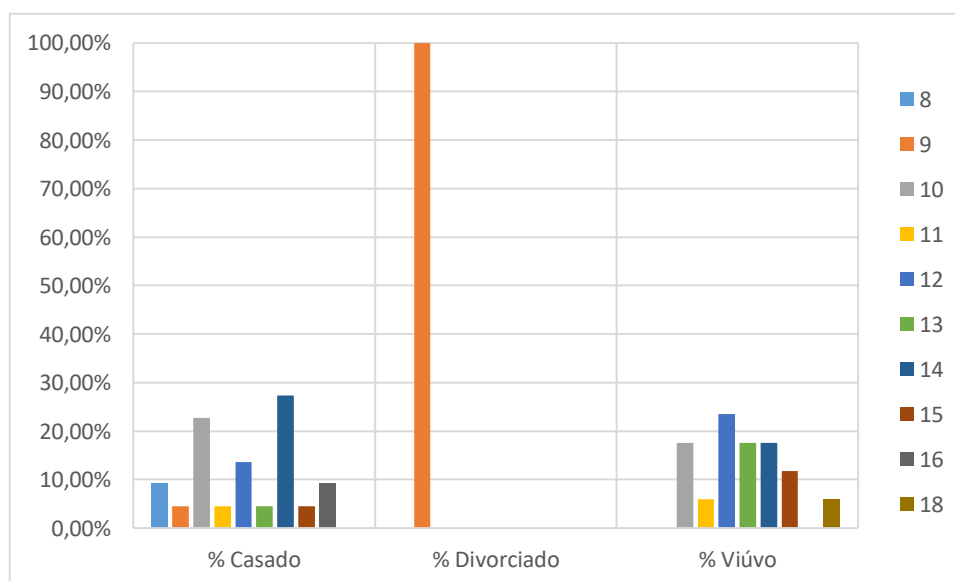




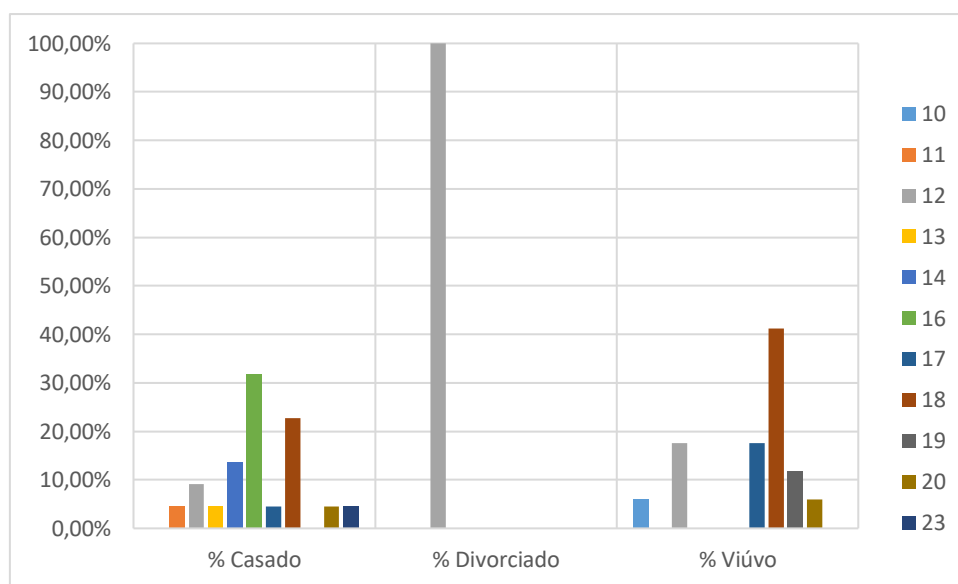
**Gráfico 6 – Idade com Crenças Gerais e Específicas na amostra**



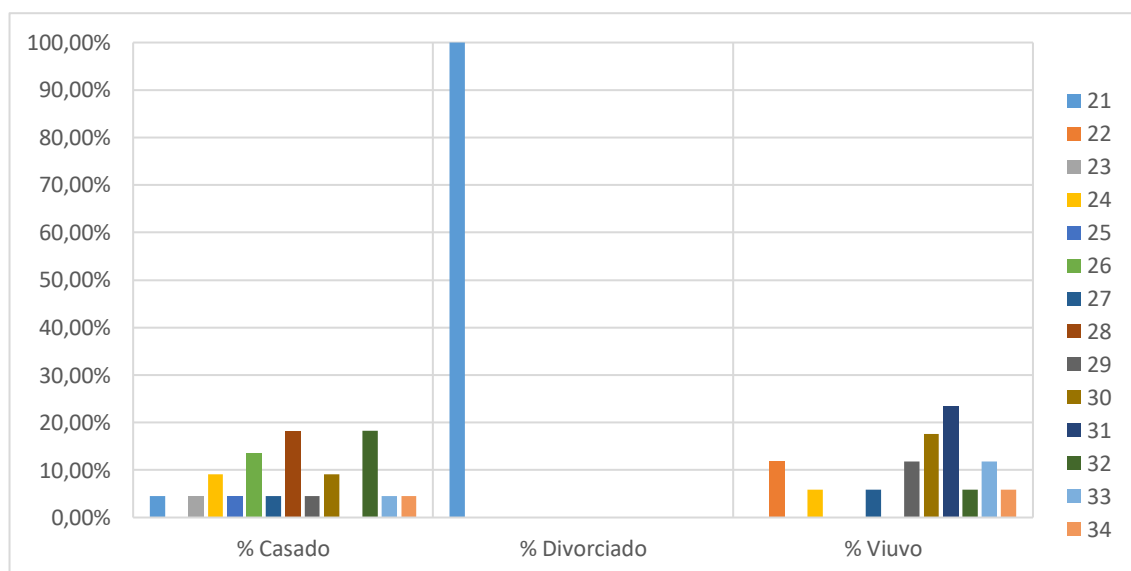
**Gráfico 7 – Estado Civil com Crenças Gerais na amostra**



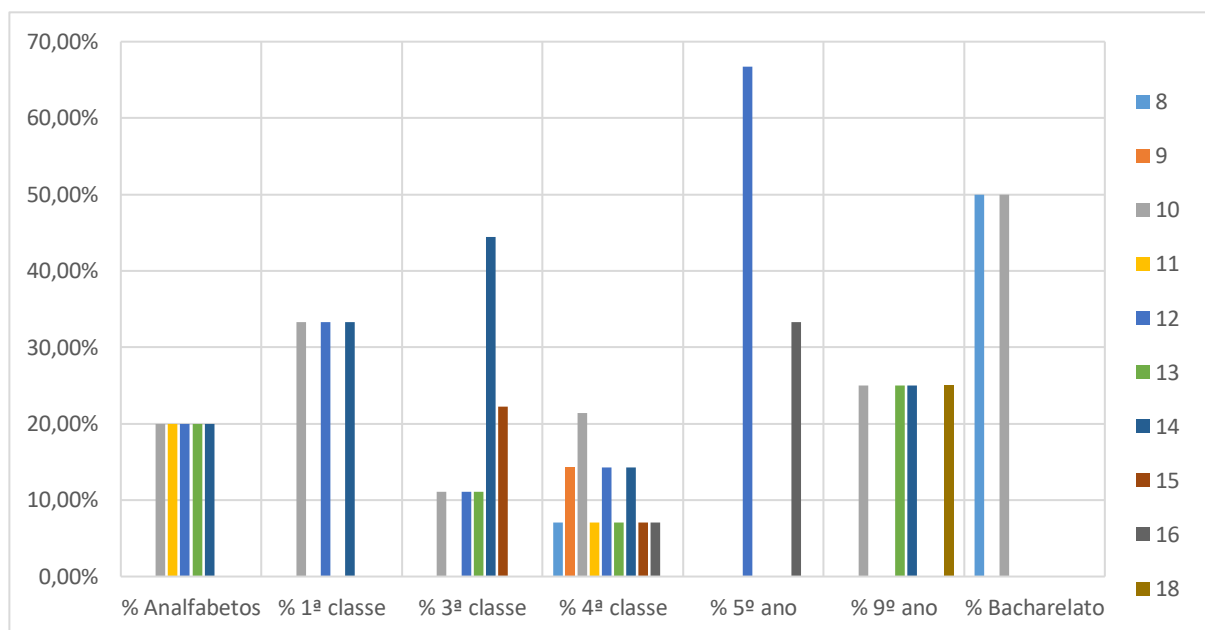
**Gráfico 8 – Estado Civil com Crenças Específicas na amostra**



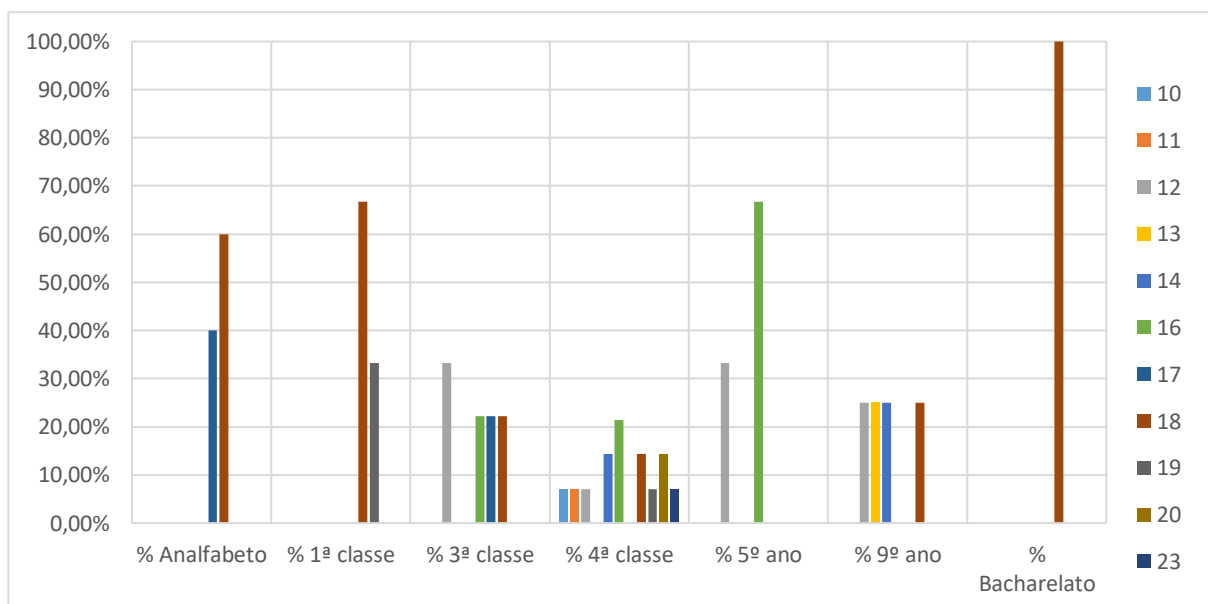
**Gráfico 9 – Estado Civil com Crenças Gerais e Específicas na amostra**



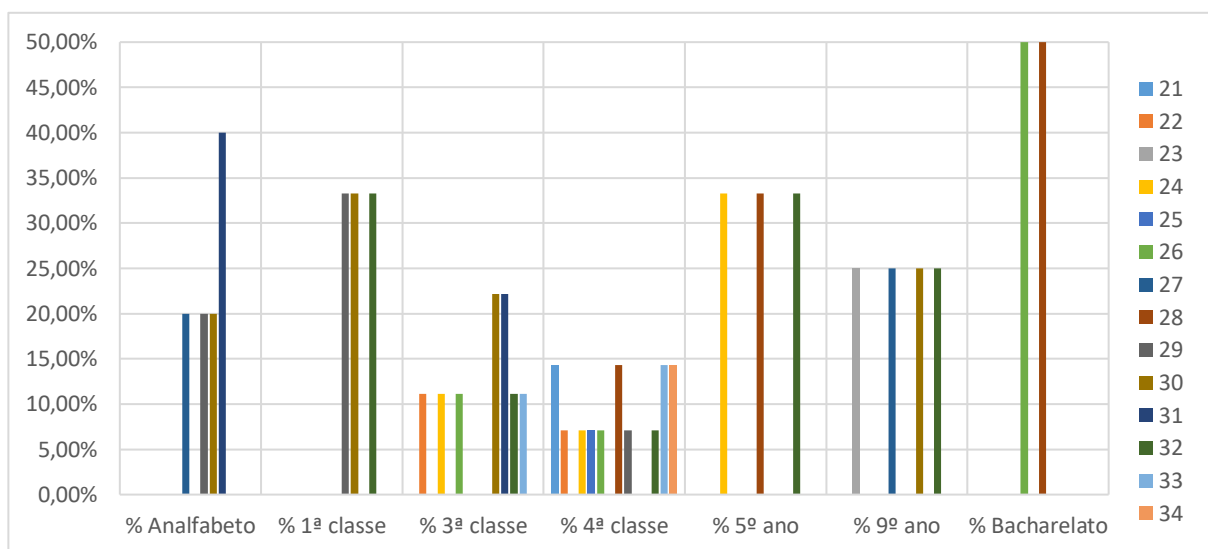
**Gráfico 10 – Escolaridade com Crenças Gerais na amostra**



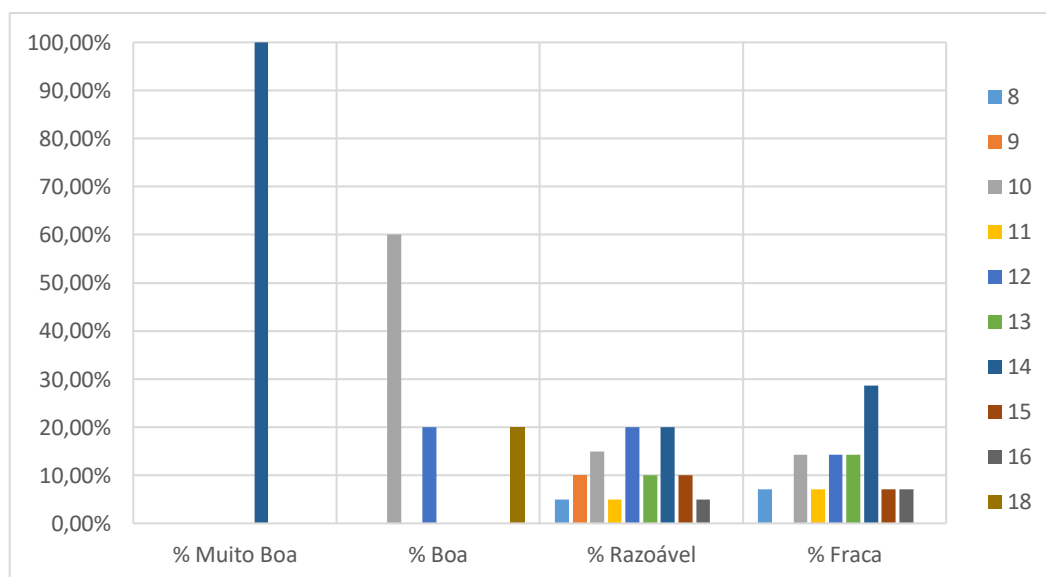
**Gráfico 11 – Escolaridade com Crenças Específicas na amostra**



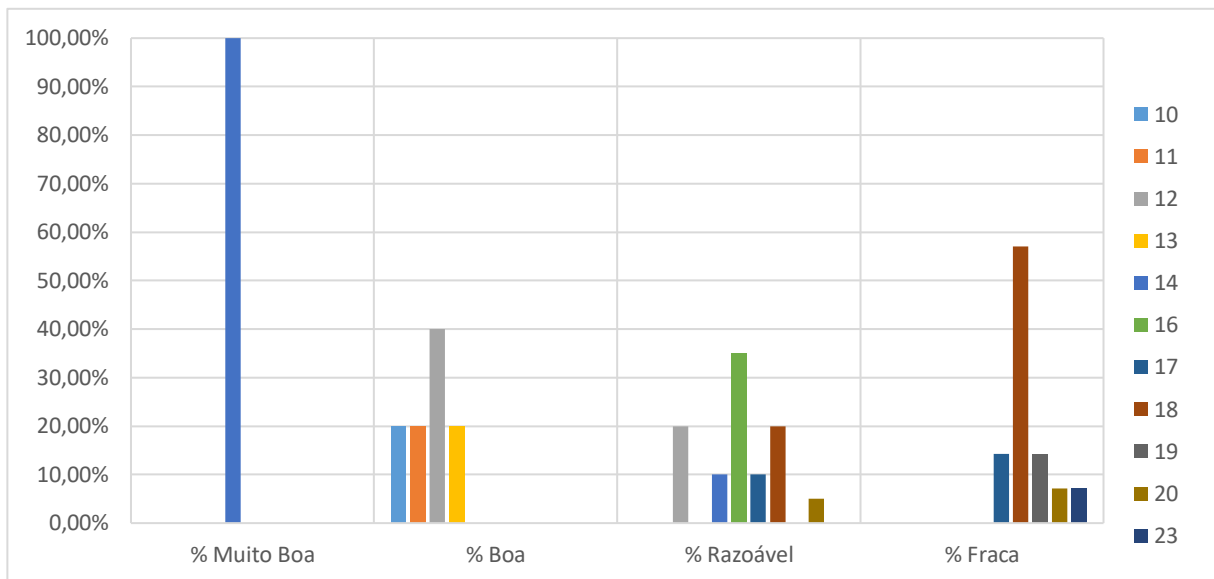
**Gráfico 12 – Escolaridade com Crenças Gerais e Específicas na amostra**



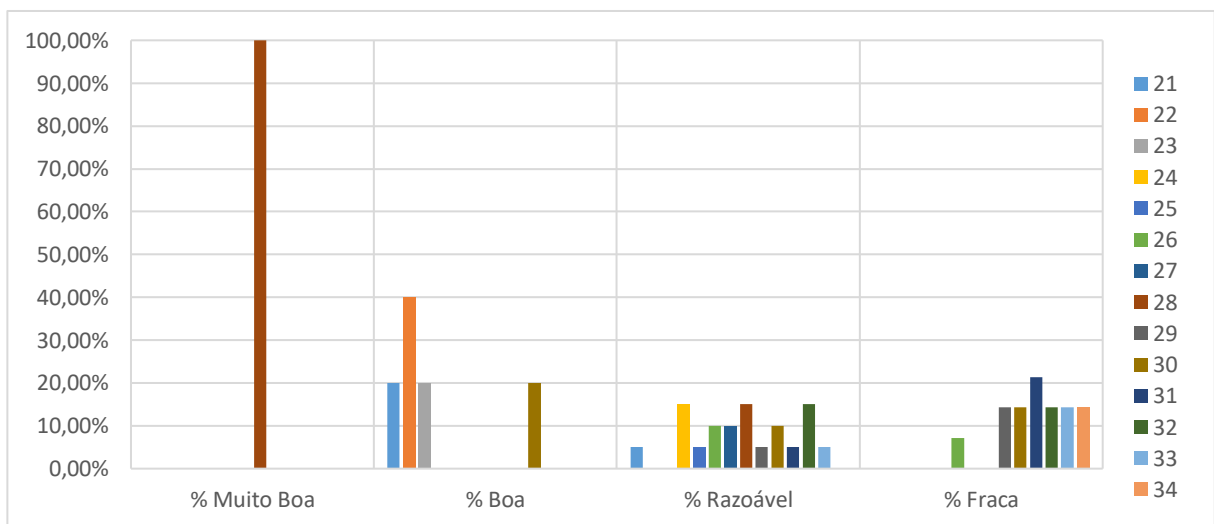
**Gráfico 13 - Avaliação subjetiva de Saúde com Crenças Gerais na amostra**



**Gráfico 14 – Avaliação Subjetiva de Saúde com Crenças Específicas na amostra**



**Gráfico 15 – Avaliação Subjetiva de Saúde com Crenças Gerais e Específicas na amostra**



**Tabela 53 - Género e Soma Crenças Gerais na amostra**

			Soma Crenças Gerais										
			8	9	10	11	12	13	14	15	16	18	Total
Género	Masculino	Contagem	2	0	3	1	2	0	2	0	1	0	11
		% em Género	18,2%	0,0%	27,3%	9,1%	18,2%	0,0%	18,2%	0,0%	9,1%	0,0%	100,0%
		% do Total	5,0%	0,0%	7,5%	2,5%	5,0%	0,0%	5,0%	0,0%	2,5%	0,0%	27,5%
	Feminino	Contagem	0	2	5	1	5	4	7	3	1	1	29
		% em Género	0,0%	6,9%	17,2%	3,4%	17,2%	13,8%	24,1%	10,3%	3,4%	3,4%	100,0%
		% do Total	0,0%	5,0%	12,5%	2,5%	12,5%	10,0%	17,5%	7,5%	2,5%	2,5%	72,5%
Total	Contagem	2	2	8	2	7	4	9	3	2	1	40	
	% do Total	5,0%	5,0%	20,0%	5,0%	17,5%	10,0%	22,5%	7,5%	5,0%	2,5%	100,0%	

**Tabela 54 - Género Soma Crenças Específicas na amostra**

			Soma Crenças Específicas											
			10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	23	Total
Género	Masculino	Contagem	0	1	2	0	1	4	0	3	0	0	0	11
		% em Género	0,0%	9,1%	18,2%	0,0%	9,1%	36,4%	0,0%	27,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	2,5%	5,0%	0,0%	2,5%	10,0%	0,0%	7,5%	0,0%	0,0%	0,0%	27,5%
	Feminino	Contagem	1	0	4	1	2	3	4	9	2	2	1	29
		% em Género	3,4%	0,0%	13,8%	3,4%	6,9%	10,3%	13,8%	31,0%	6,9%	6,9%	3,4%	100,0%
		% do Total	2,5%	0,0%	10,0%	2,5%	5,0%	7,5%	10,0%	22,5%	5,0%	5,0%	2,5%	72,5%
Total	Contagem	1	1	6	1	3	7	4	12	2	2	1	40	
	% do Total	2,5%	2,5%	15,0%	2,5%	7,5%	17,5%	10,0%	30,0%	5,0%	5,0%	2,5%	100,0%	

**Tabela 55 - Género e Soma Crenças Gerais com Crenças Específicas na amostra**

			Soma Crenças Gerais com Crenças Específicas														
			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	Total
Género	Masculino	Contagem	1	0	0	2	1	3	0	2	0	1	0	0	0	1	11
		% em Género	9,1%	0,0%	0,0%	18,2%	9,1%	27,3%	0,0%	18,2%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	100,0%
		% do Total	2,5%	0,0%	0,0%	5,0%	2,5%	7,5%	0,0%	5,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	27,5%
	Feminino	Contagem	1	2	1	1	0	0	2	2	3	4	4	5	3	1	29
		% em Género	3,4%	6,9%	3,4%	3,4%	0,0%	0,0%	6,9%	6,9%	10,3%	13,8%	13,8%	17,2%	10,3%	3,4%	100,0%
		% do Total	2,5%	5,0%	2,5%	2,5%	0,0%	0,0%	5,0%	5,0%	7,5%	10,0%	10,0%	12,5%	7,5%	2,5%	72,5%
Total	Contagem	2	2	1	3	1	3	2	4	3	5	4	5	3	2	40	
	% do Total	5,0%	5,0%	2,5%	7,5%	2,5%	7,5%	5,0%	10,0%	7,5%	12,5%	10,0%	12,5%	7,5%	5,0%	100,0%	

**Tabela 56 - Classes de Idade e Soma Crenças Gerais na amostra**

			Soma Crenças Gerais										
			8	9	10	11	12	13	14	15	16	18	Total
Classes de Idade	65-74	Contagem	1	0	3	1	4	2	3	0	2	0	16
		% em Classes de Idade	6,3%	0,0%	18,8%	6,3%	25,0%	12,5%	18,8%	0,0%	12,5%	0,0%	100,0%
		% do Total	2,5%	0,0%	7,5%	2,5%	10,0%	5,0%	7,5%	0,0%	5,0%	0,0%	40,0%
	75-84	Contagem	1	2	4	0	1	1	6	3	0	1	19
		% em Classes de Idade	5,3%	10,5%	21,1%	0,0%	5,3%	5,3%	31,6%	15,8%	0,0%	5,3%	100,0%
		% do Total	2,5%	5,0%	10,0%	0,0%	2,5%	2,5%	15,0%	7,5%	0,0%	2,5%	47,5%
	85+	Contagem	0	0	1	1	2	1	0	0	0	0	5
		% em Classes de Idade	0,0%	0,0%	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	2,5%	2,5%	5,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%
Total	Contagem	2	2	8	2	7	4	9	3	2	1	40	
	% do Total	5,0%	5,0%	20,0%	5,0%	17,5%	10,0%	22,5%	7,5%	5,0%	2,5%	100,0%	

**Tabela 57 - Classes de Idade e Soma Crenças Específicas na amostra**

			Soma Crenças Específicas											Total
			10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	23	
Classes de Idade	65-	Contagem	1	1	3	0	2	3	0	5	0	0	1	16
	74	% em Classes de Idade	6,3%	6,3%	18,8%	0,0%	12,5%	18,8%	0,0%	31,3%	0,0%	0,0%	6,3%	100,0%
		% do Total	2,5%	2,5%	7,5%	0,0%	5,0%	7,5%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	2,5%	40,0%
	75-	Contagem	0	0	3	1	1	4	4	2	2	2	0	19
	84	% em Classes de Idade	0,0%	0,0%	15,8%	5,3%	5,3%	21,1%	21,1%	10,5%	10,5%	10,5%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	7,5%	2,5%	2,5%	10,0%	10,0%	5,0%	5,0%	5,0%	0,0%	47,5%
	85+	Contagem	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	5
		% em Classes de Idade	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%
Total		Contagem	1	1	6	1	3	7	4	12	2	2	1	40
		% do Total	2,5%	2,5%	15,0%	2,5%	7,5%	17,5%	10,0%	30,0%	5,0%	5,0%	2,5%	100,0%



**Tabela 58 - Classes de Idade e Soma Crenças Gerais com Crenças Específicas na amostra**

			Soma Crenças Gerais com Crenças Específicas														Total
			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	
Classes	65-	Contagem	1	2	0	2	1	1	1	1	0	1	1	3	1	1	16
de Idade	74	% em Classes de Idade	6,3%	12,5%	0,0%	12,5%	6,3%	6,3%	6,3%	6,3%	0,0%	6,3%	6,3%	18,8%	6,3%	6,3%	100,0%
		% do Total	2,5%	5,0%	0,0%	5,0%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	0,0%	2,5%	2,5%	7,5%	2,5%	2,5%	40,0%
	75-	Contagem	1	0	1	1	0	2	1	2	2	2	2	2	2	1	19
	84	% em Classes de Idade	5,3%	0,0%	5,3%	5,3%	0,0%	10,5%	5,3%	10,5%	10,5%	10,5%	10,5%	10,5%	10,5%	5,3%	100,0%
		% do Total	2,5%	0,0%	2,5%	2,5%	0,0%	5,0%	2,5%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	2,5%	47,5%
	85+	Contagem	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	0	0	5
		% em Classes de Idade	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	2,5%	5,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%
Total		Contagem	2	2	1	3	1	3	2	4	3	5	4	5	3	2	40
		% do Total	5,0%	5,0%	2,5%	7,5%	2,5%	7,5%	5,0%	10,0%	7,5%	12,5%	10,0%	12,5%	7,5%	5,0%	100,0%

**Tabela 59 - Estado Civil e Soma Crenças Gerais na amostra**

			Soma Crenças Gerais										Total
			8	9	10	11	12	13	14	15	16	18	
Estado Civil	Casado	Contagem	2	1	5	1	3	1	6	1	2	0	22
		% em Estado Civil	9,1%	4,5%	22,7%	4,5%	13,6%	4,5%	27,3%	4,5%	9,1%	0,0%	100,0%
		% do Total	5,0%	2,5%	12,5%	2,5%	7,5%	2,5%	15,0%	2,5%	5,0%	0,0%	55,0%
	Divorciado	Contagem	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		% em Estado Civil	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
	Viúvo	Contagem	0	0	3	1	4	3	3	2	0	1	17
		% em Estado Civil	0,0%	0,0%	17,6%	5,9%	23,5%	17,6%	17,6%	11,8%	0,0%	5,9%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	7,5%	2,5%	10,0%	7,5%	7,5%	5,0%	0,0%	2,5%	42,5%
Total	Contagem		2	2	8	2	7	4	9	3	2	1	40
	% do Total		5,0%	5,0%	20,0%	5,0%	17,5%	10,0%	22,5%	7,5%	5,0%	2,5%	100,0%

**Tabela 60 - Estado Civil e Soma Crenças Específicas na amostra**

			Soma Crenças Específicas											Total
			10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	23	
Estado Civil	Casado	Contagem	0	1	2	1	3	7	1	5	0	1	1	22
		% em Estado Civil	0,0%	4,5%	9,1%	4,5%	13,6%	31,8%	4,5%	22,7%	0,0%	4,5%	4,5%	100,0%
		% do Total	0,0%	2,5%	5,0%	2,5%	7,5%	17,5%	2,5%	12,5%	0,0%	2,5%	2,5%	55,0%
	Divorciado	Contagem	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		% em Estado Civil	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
	Viúvo	Contagem	1	0	3	0	0	0	3	7	2	1	0	17
		% em Estado Civil	5,9%	0,0%	17,6%	0,0%	0,0%	0,0%	17,6%	41,2%	11,8%	5,9%	0,0%	100,0%
		% do Total	2,5%	0,0%	7,5%	0,0%	0,0%	0,0%	7,5%	17,5%	5,0%	2,5%	0,0%	42,5%
Total	Contagem		1	1	6	1	3	7	4	12	2	2	1	40
	% do Total		2,5%	2,5%	15,0%	2,5%	7,5%	17,5%	10,0%	30,0%	5,0%	5,0%	2,5%	100,0%

**Tabela 61 - Estado Civil e Soma Crenças Gerais com Crenças Específicas na amostra**

			Soma Crenças Gerais com Crenças Específicas															
			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	Total	
Estado Civil	Casado	Contagem	1	0	1	2	1	3	1	4	1	2	0	4	1	1	22	
		% em Estado Civil	4,5%	0,0%	4,5%	9,1%	4,5%	13,6%	4,5%	18,2%	4,5%	9,1%	0,0%	18,2%	4,5%	4,5%	100,0%	
		% do Total	2,5%	0,0%	2,5%	5,0%	2,5%	7,5%	2,5%	10,0%	2,5%	5,0%	0,0%	10,0%	2,5%	2,5%	55,0%	
	Divorciado	Contagem	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		% em Estado Civil	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
	Viúvo	Contagem	0	2	0	1	0	0	1	0	2	3	4	1	2	1	17	
		% em Estado Civil	0,0%	11,8%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	11,8%	17,6%	23,5%	5,9%	11,8%	5,9%	100,0%	
		% do Total	0,0%	5,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	5,0%	7,5%	10,0%	2,5%	5,0%	2,5%	42,5%	
Total	Contagem	2	2	1	3	1	3	2	4	3	5	4	5	3	2	40		
	% do Total	5,0%	5,0%	2,5%	7,5%	2,5%	7,5%	5,0%	10,0%	7,5%	12,5%	10,0%	12,5%	7,5%	5,0%	100,0%		

**Tabela 62 - Escolaridade e Soma Crenças Gerais na amostra**

			8	9	10	11	12	13	14	15	16	18	Total
Escolaridade	Analfabeto	Contagem	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	5
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%
	1ª classe	Contagem	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	3
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	2,5%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	7,5%
	3ª classe	Contagem	0	0	1	0	1	1	4	2	0	0	9
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	11,1%	0,0%	11,1%	11,1%	44,4%	22,2%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	2,5%	2,5%	10,0%	5,0%	0,0%	0,0%	22,5%
	4ª classe	Contagem	1	2	3	1	2	1	2	1	1	0	14
		% em Escolaridade	7,1%	14,3%	21,4%	7,1%	14,3%	7,1%	14,3%	7,1%	7,1%	0,0%	100,0%
		% do Total	2,5%	5,0%	7,5%	2,5%	5,0%	2,5%	5,0%	2,5%	2,5%	0,0%	35,0%
	5º ano	Contagem	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	7,5%
	9º ano	Contagem	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	4
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	25,0%	25,0%	0,0%	0,0%	25,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	2,5%	2,5%	0,0%	0,0%	2,5%	10,0%
	Bacharelato	Contagem	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
		% em Escolaridade	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	2,5%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%
Total		Contagem	2	2	8	2	7	4	9	3	2	1	40
		% do Total	5,0%	5,0%	20,0%	5,0%	17,5%	10,0%	22,5%	7,5%	5,0%	2,5%	100,0%

**Tabela 63 - Escolaridade e Soma Crenças Específicas na amostra**

			10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	23	Total
Escolaridade	Analfabeto	Contagem	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	5
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	7,5%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%
	1ª classe	Contagem	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	2,5%	0,0%	0,0%	7,5%
	3ª classe	Contagem	0	0	3	0	0	2	2	2	0	0	0	9
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	22,2%	22,2%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	7,5%	0,0%	0,0%	5,0%	5,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	22,5%
	4ª classe	Contagem	1	1	1	0	2	3	0	2	1	2	1	14
		% em Escolaridade	7,1%	7,1%	7,1%	0,0%	14,3%	21,4%	0,0%	14,3%	7,1%	14,3%	7,1%	100,0%
		% do Total	2,5%	2,5%	2,5%	0,0%	5,0%	7,5%	0,0%	5,0%	2,5%	5,0%	2,5%	35,0%
	5º ano	Contagem	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	3
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,5%
	9º ano	Contagem	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	4
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	25,0%	25,0%	25,0%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	2,5%	2,5%	2,5%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%
	Bacharelato	Contagem	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%
Total		Contagem	1	1	6	1	3	7	4	12	2	2	1	40
		% do Total	2,5%	2,5%	15,0%	2,5%	7,5%	17,5%	10,0%	30,0%	5,0%	5,0%	2,5%	100,0%

**Tabela 64 - Escolaridade e Soma Crenças Gerais com Crenças Específicas na amostra**

		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	Total
Escolaridade	Analfabeto	Contagem	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	0	0	5
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	20,0%	20,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	2,5%	2,5%	5,0%	0,0%	0,0%	12,5%
	1ª classe	Contagem	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	2,5%	0,0%	2,5%	0,0%	7,5%
	3ª classe	Contagem	0	1	0	1	0	1	0	0	0	2	2	1	1	9
		% em Escolaridade	0,0%	11,1%	0,0%	11,1%	0,0%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	22,2%	22,2%	11,1%	11,1%	100,0%
		% do Total	0,0%	2,5%	0,0%	2,5%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	5,0%	2,5%	2,5%	22,5%
	4ª classe	Contagem	2	1	0	1	1	1	0	2	1	0	0	1	2	14
		% em Escolaridade	14,3%	7,1%	0,0%	7,1%	7,1%	7,1%	0,0%	14,3%	7,1%	0,0%	0,0%	7,1%	14,3%	100,0%
		% do Total	5,0%	2,5%	0,0%	2,5%	2,5%	2,5%	0,0%	5,0%	2,5%	0,0%	0,0%	2,5%	5,0%	35,0%
	5º ano	Contagem	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	7,5%
	9º ano	Contagem	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	4
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	25,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	2,5%	0,0%	10,0%
	Bacharelato	Contagem	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
		% em Escolaridade	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%
Total		Contagem	2	2	1	3	1	3	2	4	3	5	4	5	3	40
		% do Total	5,0%	5,0%	2,5%	7,5%	2,5%	7,5%	5,0%	10,0%	7,5%	12,5%	10,0%	12,5%	7,5%	100,0%

**Tabela 65 – Avaliação Subjetiva de Saúde e Soma Crenças Gerais na amostra**

			Soma Crenças Gerais										Total
			8	9	10	11	12	13	14	15	16	18	
Como classifica a sua saúde?	Muito boa	Contagem	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		% em Como classifica a sua saúde?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
	Boa	Contagem	0	0	3	0	1	0	0	0	0	1	5
		% em Como classifica a sua saúde?	0,0%	0,0%	60,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	7,5%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	12,5%
	Razoável	Contagem	1	2	3	1	4	2	4	2	1	0	20
		% em Como classifica a sua saúde?	5,0%	10,0%	15,0%	5,0%	20,0%	10,0%	20,0%	10,0%	5,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	2,5%	5,0%	7,5%	2,5%	10,0%	5,0%	10,0%	5,0%	2,5%	0,0%	50,0%
	Frac	Contagem	1	0	2	1	2	2	4	1	1	0	14
		% em Como classifica a sua saúde?	7,1%	0,0%	14,3%	7,1%	14,3%	14,3%	28,6%	7,1%	7,1%	0,0%	100,0%
		% do Total	2,5%	0,0%	5,0%	2,5%	5,0%	5,0%	10,0%	2,5%	2,5%	0,0%	35,0%
Total	Contagem		2	2	8	2	7	4	9	3	2	1	40
	% do Total		5,0%	5,0%	20,0%	5,0%	17,5%	10,0%	22,5%	7,5%	5,0%	2,5%	100,0%



**Tabela 66 – Avaliação Subjetiva de Saúde e Soma Crenças Específicas na amostra**

			Soma Crenças Específicas											Total
			10	11	12	13	14	16	17	18	19	20	23	
Como classifica a sua saúde?	Muito boa	Contagem	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
		% em Como classifica a sua saúde?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
	Boa	Contagem	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	5
		% em Como classifica a sua saúde?	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	2,5%	2,5%	5,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%
	Razoável	Contagem	0	0	4	0	2	7	2	4	0	1	0	20
		% em Como classifica a sua saúde?	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	10,0%	35,0%	10,0%	20,0%	0,0%	5,0%	0,0%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	10,0%	0,0%	5,0%	17,5%	5,0%	10,0%	0,0%	2,5%	0,0%	50,0%
	Frac	Contagem	0	0	0	0	0	0	2	8	2	1	1	14
		% em Como classifica a sua saúde?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%	57,1%	14,3%	7,1%	7,1%	100,0%
		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	20,0%	5,0%	2,5%	2,5%	35,0%
Total	Contagem		1	1	6	1	3	7	4	12	2	2	1	40
	% do Total		2,5%	2,5%	15,0%	2,5%	7,5%	17,5%	10,0%	30,0%	5,0%	5,0%	2,5%	100,0%

**Tabela 67 – Avaliação Subjetiva de Saúde e Soma Crenças Gerais com Crenças Específicas na amostra**

			Soma Crenças Gerais com Crenças Específicas														Total
			21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	
Como	Muito	Contagem	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
classifica	boa	% em Como classifica a sua saúde?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
a sua		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
saúde?	Boa	Contagem	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5
		% em Como classifica a sua saúde?	20,0%	40,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
												%					
		% do Total	2,5%	5,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%
	Razoável	Contagem	1	0	0	3	1	2	2	3	1	2	1	3	1	0	20
		% em Como classifica a sua saúde?	5,0%	0,0%	0,0%	15,0%	5,0%	10,0	10,0	15,0%	5,0%	10,0	5,0%	15,0%	5,0%	0,0%	100,0%
								%	%			%					
		% do Total	2,5%	0,0%	0,0%	7,5%	2,5%	5,0%	5,0%	7,5%	2,5%	5,0%	2,5%	7,5%	2,5%	0,0%	50,0%
	Fraca	Contagem	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	3	2	2	2	14
		% em Como classifica a sua saúde?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	14,3%	14,3	21,4%	14,3%	14,3%	14,3%	100,0%
												%					
		% do Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	0,0%	0,0%	5,0%	5,0%	7,5%	5,0%	5,0%	5,0%	35,0%
Total		Contagem	2	2	1	3	1	3	2	4	3	5	4	5	3	2	40
		% em Como classifica a sua saúde?	5,0%	5,0%	2,5%	7,5%	2,5%	7,5%	5,0%	10,0%	7,5%	12,5	10,0%	12,5%	7,5%	5,0%	100,0%
												%					
		% do Total	5,0%	5,0%	2,5%	7,5%	2,5%	7,5%	5,0%	10,0%	7,5%	12,5	10,0%	12,5%	7,5%	5,0%	100,0%
												%					

**WWW.ISCSP.ULISBOA.PT**